FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — THÈSE — N° 56

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 Novembre 1904, à 1 heure

PAR

Gaston BELGODÈRE

Ancien externe des hôpitaux de Paris (Enfants-Malades, Tenon, St-Antoine, St-Louis)
Ancien Interne à l'Infirmerie de St-Lazare
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

TRAITEMENT

DES FOLLICULITES SUPPURÉES SYCOSIFORMES

par les Pulvérisations Résorcinées

Président : M. GAUCHER, *professeur*

Juges : MM. ROGER, *professeur*
LEGRY et MACAIGNE, *agrégés*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDÉAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.)
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

ET TRÈS CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Paris.
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL DUFLOCQ

Médecin de la Charité.

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VARIOT

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL THIÉRY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
Chirurgien des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUVARD

Chirurgien-accoucheur de la Maternité
de l'Hôpital Saint-Louis.
Chevalier de la légion d'Honneur.

A MON TRÈS CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JULLIEN

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Lyon.
Chirurgien de Saint-Lazare.

AVANT-PROPOS

Au moment de mettre la dernière main à cette thèse, acte final qui marque le terme de notre vie d'étudiant, de surmonter d'un couronnement modeste, mais d'exactes proportions, l'édifice de nos connaissances scientifiques, qu'ont bâti nos efforts personnels guidés par les enseignements de nos Maîtres, nous avouons ne pas ressentir de façon complète la satisfaction qu'habituellement procure la sensation de l'effort accompli et du but atteint, de la fin des peines et du commencement des jouissances.

Et si nous cherchons à analyser ce qui vient corrompre ainsi notre plaisir, quels regrets se mêleront au sentiment de fierté légitime que nous ressentirons en recevant le titre de Docteur en Médecine, si toutefois la Faculté de Paris dont nous nous enorgueillissons d'avoir été pendant sept années l'élève, veut bien nous le décerner par un dernier jugement, nous y trouvons sans doute ce sentiment particulier qu'inspire le souvenir des obstacles vaincus que l'on aimerait à vaincre encore, et aussi la crainte des obstacles à venir, des horizons inconnus de la nouvelle vie dont nous abordons le seuil en franchissant celui de la Faculté de Médecine.

Cependant ce sont là des préoccupations vagues et lointaines en somme, et actuellement un sentiment plus précis les domine : si l'on ne peut dire qu'une scolarité de sept années soit une scolarité écourtée, nous l'aurions cependant volontiers prolongée davantage. Sans doute, le titre de Docteur en Médecine ne nous empêchera point de continuer à suivre plus longtemps un enseignement, d'écouter des conseils dont nous savons tout le prix ; mais nous ne savons que trop que ce titre, qui paraît nous rapprocher des Maîtres en nous élevant dans la hiérarchie universitaire, nous en éloigne en réalité, et ce n'est point sans regret que nous nous éloignons de leur égide.

Mais les lois sont là, qui pour les nécessités inconnues, nous obligent à mettre un terme à nos études, et contre lesquelles notre volonté ne saurait se heurter. Jadis, en admirant Socrate, nous apprîmes à respecter les Lois. Tout en les respectant, nous ne pouvons cependant nous empêcher de regretter que leurs fins soient entourées parfois d'obscurité.

Désormais ce n'est plus qu'en souvenir que nous pourrons vivre nos années d'études et ce sont des souvenirs que nous aurons plaisir à rappeler fréquemment.

Nous nous rémémorerons nos débuts, au temps où, stagiaire de la Faculté, nous ébauchions nos premiers pas dans les domaines de la clinique, d'abord à l'hôpital Necker, dans le service de M. le Dr Huchard, puis à la Pitié, chez M. le Pr Jaccoud.

Elève encore indigne de tels maîtres, nous écoutions leurs doctes leçons sans en saisir toujours toute la portée, mais par cela même, nous nous faisions dès le début la plus haute idée des sciences médicales, de la complexité des phénomènes qu'elles étudient, et du génie de ceux qui ont su les interpréter.

Mais bientôt nous entrions dans une nouvelle phase de nos études. Nommé externe des hôpitaux, le plus heureux des choix nous conduisit à l'Hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le Dr Variot. Là, dans des salles non encombrées d'élèves, en contact immédiat avec le plus affable et le plus accueillant des chefs de service, nous pûmes à loisir observer les particularités de la clinique infantile, nous mettre au courant des questions importantes que soulève l'allaitement des nouveau-nés, la puériculture, questions sur lesquelles l'autorité de M. le Dr Variot est trop universellement connue pour qu'il soit nécessaire d'insister sur le fruit que nous avons pu tirer de son enseignement.

Une mort cruelle, inattendue et prématurée, a enlevé à l'affection des siens et à celle de ses élèves M. le Dr Paul Duflocq qui fut notre chef de service à l'hôpital Tenon pendant notre deuxième année d'externat.

M. Duflocq était pour ses élèves à la fois un Maître et un ami. Ce n'est pas sans émotion que nous nous rappelons les visites quotidiennes où ce Maître profondément regretté examinait chaque malade avec un soin méticuleux, ne nous ménageait point

des critiques que nous ne craignions point, les recherchant au contraire, tellement elles étaient bienveillantes et instructives, et par lesquelles il nous habituait à la précision dans la constatation des symptômes à la fermeté dans l'énonciation du diagnostic.

Nous avions acquis dès notre première année d'études, dans divers services de chirurgie, les notions relatives à la technique des pansements et à l'emploi des anesthésiques, rôles réservés au médecin praticien dans l'exécution des grandes opérations chirurgicales. Nous avons voulu compléter cette instruction en apprenant à pratiquer nous-même les interventions de moindre importance que tout praticien doit pouvoir exécuter sans être spécialiste en chirurgie. C'est à la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine qu'il nous a été donné, pendant notre troisième année d'externat, d'apprendre ces opérations de petite chirurgie, et c'est à M. le professeur agrégé Thiéry que nous devons la reconnaissance de nous avoir donné cet enseignement. M. le Dr Thiéry ne nous a pas seulement appris la petite chirurgie, mais les entretiens quotidiens qu'il avait avec nous sur les questions professionnelles actuellement si discutées ont été pour nous un véritable cours pratique de déontologie et nous ont donné, sur bien des points, une exacte notion de nos devoirs et aussi de nos droits.

C'est avec un sentiment de profonde gratitude que nous remercions M. le professeur Gaucher d'avoir

ajouté, aux marques d'intérêt qu'il nous a maintes fois prodiguées, celle de nous inspirer le sujet de cette thèse et d'en accepter la présidence. Nous avons eu le très grand honneur d'être son élève pendant notre quatrième année d'externat, au moment où il venait d'ajouter son nom aux noms illustres des Ricord, des Fournier dans la chaire de clinique des maladies cutanées. Il nous suffira de dire qu'en écoutant ses leçons dont on se plaît à louer la simplicité et la lucidité, nous avons pris goût à l'étude de la dermatologie, réputée aride et rebutante.

Nous remercions aussi très vivement M. le Dr Auvard d'avoir bien voulu nous accepter dans son service pendant notre cinquième et dernière année d'externat, année incomplète par la force des choses. Nous nous rappellerons toujours que c'est à lui, que nous sommes redevable d'avoir pu, pendant plusieurs mois, nous initier à la pratique de l'accouchement normal.

La fortune des concours ayant daigné se montrer favorable et nous faire arriver premier interne à l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare, cet heureux classement nous a valu la fortune, plus appréciable encore, d'être l'élève de l'un des maîtres les plus réputés de la vénéréologie, M. le Dr Jullien. Bienveillance et science sont les deux qualités par lesquelles résument leurs impressions tous ceux qui ont eu l'honneur de l'approcher. Nous nous félicitons de pouvoir continuer à apprécier l'une et à profiter des enseignements de la seconde en restant en

fonctions auprès de lui, bien que nos études soient officiellement terminées.

Nous n'aurions garde d'oublier dans notre reconnaissance ceux qui ont pris à notre instruction médicale une part d'apparence plus modeste, mais dont nous savons apprécier la valeur, ceux qui, tandis que les maîtres nous enseignaient les principes, nous indiquaient la méthode. Que MM. les Drs Cathelain, chef de clinique des voies urinaires à l'hôpital Necker, Laubry, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine, Marcille, chef de clinique chirurgicale à la Charité, Huguier, ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine, soient assurés que nous garderons toujours le souvenir des excellentes conférences par lesquelles ils nous guidaient dans la préparation des concours auxquels nous avons pris part.

Au salut cordial que nous leur adressons, comme au temps où, jeune étudiant, ils n'étaient pour nous que des étudiants plus anciens, nous leur souhaitons de pouvoir ajouter plus tard la nuance de déférence et de respect qu'on doit aux maîtres.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LES

Indications Thérapeutiques en Dermatologie

INTRODUCTION

Avant d'aborder l'étude proprement dite du sujet qui nous occupe, il importe que nous rappelions rapidement quelques-uns des principes fondamentaux de la thérapeutique dermatologique.

En rapprochant ainsi, dans un exposé commun, les principes et l'application de ces principes qui constitue la méthode thérapeutique nouvelle que nous allons exposer, nous pourrons mieux faire ressortir le rapport étroit qui les unit, nous pourrons montrer que le *traitement des folliculites suppurées sycosiformes par les pulvérisations résorcinées* n'est pas un de ces procédés empiriques dont l'observation des faits oblige à reconnaître l'efficacité, tandis que notre raison se choque de ne pouvoir expliquer leur action. On verra, au contraire, qu'il s'agit d'une

méthode rationnelle, d'une déduction logique tirée des lois de la Pathologie générale.

La première et la plus importante des considérations qui doivent guider la conduite du médecin dans le traitement d'une affection cutanée, c'est la nature de cette affection, et cette nature est indiquée par la notion étiologique. M. Brocq, qui a essayé de faire une classification étiologique des dermatoses, les a rangées en cinq classes : 1 Les difformités cutanées ; 2° les éruptions dites artificielles qui peuvent être de cause externe ou interne ; 3° les dermatoses parasitaires ; 4° les dermatoses microbiennes ; 5° les dermatoses d'origine nerveuse.

Mais si nous examinons quelles sont les différentes causes qui servent de base à cette classification, on voit que toutes sont des causes locales, immédiates, *déterminantes*, et ces causes ne sont pas les seules qui interviennent dans la production des maladies de la peau. Ces maladies n'échappent pas à la règle commune d'après laquelle les causes immédiates n'agissent que dans des conditions spéciales, sur un terrain préparé d'avance, leur action étant en quelque sorte subordonnée à l'action plus générale de causes prédisposantes.

Ces *causes prédisposantes*, peuvent être héréditaires ou acquises, peuvent tenir à l'individu ou au milieu, être extrinsèques ou intrinsèques. Les causes extrinsèques peuvent tenir à des conditions physiologiques d'âge, de sexe, de profession, ou à des conditions pathologiques, par exemple des trou-

bles de nutrition, donnant lieu à des diathèses comme l'arthritisme ou la scrofule, à des conditions de réceptivité ou d'immunité morbides. Les causes extrinsèques tiennent au milieu, aux influences de climat, d'habitation, ce sont elles, en particulier, qui créent cette condition indispensable au développement de certaines dermatoses : la contagion.

Plus encore que les causes déterminantes, ces causes prédisposantes interviennent pour donner à la maladie sa signification pathogénique et devront entrer en ligne de compte pour établir les indications du traitement. Celui-ci ne devra donc pas se contenter d'être *local*, mais encore aussi s'adresser à l'état *général* du malade.

Ce ne sont pas seulement les causes des maladies qui dictent les indications thérapeutiques. L'aphorisme *sublata causa tollitur effectus* n'est pas toujours exact. Le médecin qui entreprend le traitement d'une dermatose est souvent obligé après s'être attaqué à la cause, de s'attaquer aux effets qui constituent, pour le malade du moins, la maladie elle-même.

Ces effets sont de deux sortes : d'une part des manifestations objectives, c'est-à-dire des processus anatomiques et des lésions, d'autre part des manifestations subjectives, c'est-à-dire des symptômes et des troubles fonctionnels.

En résumé, les diverses indications thérapeutiques, qu'il est indispensable de remplir pour instituer un traitement véritablement rationnel d'une affection

cutanée quelconque, sont fournies par les trois ordres de desiderata suivants :

1° Faire disparaître la cause ;

2° Arrêter l'évolution des lésions ;

3° Combattre les troubles fonctionnels.

Suivant les cas, ces trois sortes d'indications pourront nécessiter trois sortes de prescriptions différentes, ou bien un même procédé de traitement peut répondre à plusieurs d'entre elles, l'essentiel est qu'elles soient toutes remplies.

Pour arriver à ce but, le dermatologiste possède des procédés très variés de traitement. Ce serait sortir du cadre de notre sujet que de vouloir les énumérer tous ; mais il est nécessaire que nous indiquions, tout au moins, les principes généraux de ces méthodes thérapeutiques, pour bien faire comprendre la valeur exacte du procédé particulier qui fait l'objet de cette étude.

Les dermatoses comportent trois procédés de traitement:

1° Le traitement prophylactique ;

2° Le traitement interne ;

3° Le traitement externe.

Le traitement *prophylactique* consiste dans l'application des préceptes de l'hygiène. C'est dans l'inobservation de ces principes qu'il faut chercher l'origine de beaucoup de dermatoses, en particulier de celles qui sont dues à un parasite ou à un microbe, comme c'est le cas pour les *folliculites suppurées*.

Le traitement *interne* comprend les diverses pres-

criptions qui portent sur le régime alimentaire, sur les maladies antérieures des divers appareils dont les manifestations cutanées ne sont souvent qu'une conséquence, sur les altérations de l'état général : telles que l'arthritisme, la goutte, etc...

Le traitement *externe* enfin, a pris dans la thérapeutique des maladies cutanées, et surtout des affections parasitaires ou microbiennes, une importance considérable. Il consiste dans l'emploi de topiques très nombreux, de médications variées.

Telles sont, pour ne citer que celles qui nous intéressent au point de vue de notre sujet :

1° La *médication émolliente*, résolutive, antiphlogistique qui s'adresse aux dermatoses inflammatoires caractérisées par la rougeur, la tuméfaction des téguments avec ou sans suppuration ;

2° La *médication substitutive* qui consiste à substituer à une irritation naturelle de mauvaise nature une irritation artificielle pouvant évoluer vers une guérison spontanée : nous aurons l'occasion de voir que la *résorcine* possède au plus haut degré cette action substitutive ;

3° La *médication antiseptique*, trop générale pour qu'il soit nécessaire d'insister sur son emploi et que nous aurons également à mettre à contribution dans le traitement des *folliculites*.

Les différents topiques qu'emploient ces médications sont appliqués sous des modes très divers, sous forme de bains médicamenteux, enveloppements, lotions, poudres, pommades, etc... *pulvérisations*.

Par ce dernier procédé, auquel nous nous adressons pour le traitement des *folliculites suppurées sycosiformes*, on sait qu'on fait agir sur les parties malades des liquides divers réduits en parcelles extrêmement fines au moyen des appareils bien connus que sont les pulvérisateurs.

L'étude des propriétés de ces différents topiques permet d'en faire un choix approprié aux trois groupes d'indications que nous avons signalés plus haut.

Nous aurons donc à établir dans quelle mesure les pulvérisations résorcinées répondent à ces *desiderata*, comment elles agissent dans le traitement des folliculites suppurées sycosiformes pour en chasser la cause, faire disparaître les lésions, atténuer les symptômes.

Mais une telle démonstration nécessite la connaissance exacte de ces causes, de ces lésions, de ces symptômes et nous allons l'acquérir par l'étude clinique des folliculites suppurées que nous allons aborder maintenant.

PREMIÈRE PARTIE

Etude clinique des folliculites suppurées sycosiformes

Afin de pouvoir satisfaire aux trois groupes d'indications thérapeutiques que comporte, comme nous l'avons dit plus haut, le traitement des dermatoses et appliquer ces données au traitement des folliculites suppurées sycosiformes, il est nécessaire que nous connaissions cette affection au point de vue étiologique, anatomo-pathologique et clinique. Mais tout d'abord il nous faut préciser la signification nosologique de ce terme : *folliculite suppurée sycosiforme.*

Définition. — Le simple énoncé de ce terme permet en effet *a priori* de prévoir que nous avons à traiter une affection dont la nosologie prête à discussion, et si l'on veut éviter les erreurs thérapeutiques, il importe de s'entendre et de savoir exactement à quels

faits cliniques doit être réservé le traitement préconisé par M. le professeur Gaucher.

S'agit-il d'une folliculite, s'agit-il d'un sycosis, et le traitement par les pulvérisations résorcinées s'applique-t-il à toutes les folliculites et à tous les sycosis?

La confusion n'est qu'apparente et n'est qu'une simple confusion de mots. Elle résulte de ce fait que certains auteurs envisagent dans une affection déterminée surtout l'aspect clinique des lésions, d'autres, leur localisation anatomique.

Sycosis est un mot qui vient du mot grec συκον (figue) et qui est destiné à rappeler l'aspect particulier de certaines lésions de la peau simulant l'état grenu de la surface de déchirure d'une figue.

Mais on conçoit facilement combien est peu scientifique une nomenclature basée sur un simple aspect objectif.

Fatalement cet aspect devait se trouver réalisé dans des affections de nature très différente et auxquelles on ne peut par conséquent appliquer le même traitement.

En effet, les dermatologistes ont été bientôt amenés à distinguer des *sycosis vrais* et de *faux sycosis*, et il nous suffira, pour faire ressortir l'énorme différence qui sépare ces deux affections, de dire que les premiers sont des dermatoses microbiennes, tandis que les seconds sont dus à un parasite végétal, et ne sont autres que la teigne suppurée de la barbe.

Le terme de *folliculite*, au contraire, a un sens beaucoup plus précis et sert à désigner l'inflamma-

tion du follicule pilaire. Cependant ce terme a besoin lui aussi d'être précisé, car l'inflammation des follicules peut être provoquée par des causes de nature très diverses. Les acnés, par exemple, s'accompagnent d'inflammation des follicules, mais ont une cause qui leur est propre, l'infection micro-bacillaire et une évolution chronique tout à fait spéciale.

Nous entendrons par folliculite les inflammations aiguës des follicules avec tendance à la suppuration, les *folliculites pustuleuses,* dont le processus inflammatoire suppuratif est le caractère essentiel.

Ces folliculites peuvent siéger dans toutes les régions pilaires (barbe, cuir chevelu, pubis, etc.) ; mais leur aspect varie dans ces diverses localisations, suivant le développement plus ou moins complet des poils.

Au visage, où les poils de la barbe acquièrent un volume plus considérable que partout ailleurs, il résulte de ce développement spécial cet aspect particulier de la lésion qu'on désigne sous le nom de *sycosis*. Mais, dans les autres régions, cet aspect se trouve rarement réalisé, bien qu'on ait affaire à la même maladie.

Aussi emploierons-nous cette expression de *folliculite suppurée sycosiforme* pour désigner le sycosis vrai ou sycosis simple des anciens, le sycosis staphylococcique des modernes. Ce terme a l'avantage de rappeler l'aspect de la lésion et d'éviter toute confusion avec le sycosis faux ou trichophytique.

Le traitement par les pulvérisations résorcinées

s'adressera à toutes les folliculites aiguës suppurées, quel qu'en soit le siège, mais nous aurons en vue surtout les folliculites de la barbe, qui sont les plus fréquentes et les plus rebelles.

CHAPITRE I

Les causes des folliculites suppurées sycosiformes.

Le sycosis (nous emploierons cette expression plus simple en lui attribuant le sens que nous venons de préciser) reconnaît pour cause essentielle l'infection; mais cette infection est favorisée par de nombreuses causes prédisposantes.

Causes prédisposantes. — C'est tout d'abord la *fréquence* de l'affection qui est assez grande. A la clinique de M. le professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis, nous avons pu relever 70 observations de sycosis, pendant une durée de trois années et sur un total de 3.000 observations, soit plus de 2 p. 100 du nombre total des affections cutanées.

L'âge a une influence facile à concevoir, le sycosis est naturellement inconnu chez l'enfant ; c'est une maladie de l'âge adulte, puisque les poils de la barbe sont la localisation de la maladie.

Le sexe masculin est seul atteint pour la même raison.

La race joue également un rôle admis par tous les auteurs, qui reconnaissent la fréquence plus grande de l'affection chez les sémites.

Les *climats*, les *saisons* froides et humides, par des irritations de la peau qu'ils provoquent, favorisent également le développement du sycosis.

Des *influences professionnelles* très nettes existent également et résultent d'actions locales que nous étudierons plus loin.

Certaines conditions pathologiques ont été de même incriminées :

L'arthritisme est parmi ces causes la plus fréquemment invoquée. Les sujets atteints de folliculites suppurées présentent fréquemment des manifestations de cette diathèse : goutte, diabète, etc.... Cette influence avait été bien mise en évidence par les anciens auteurs et Bazin a créé l'expression de sycosis arthritique. Les auteurs contemporains semblent attacher moins d'importance à cette influence de l'arthritisme.

Ces *causes générales* ne sont point seules à favoriser le développement de l'infection, certaines *causes locales* exercent une influence encore plus nette.

La *disposition anatomique des follicules* qui forment des recessus en doigt de gant difficiles à aseptiser, qui sont encombrés de débris épidermiques et de matière sébacée où les microbes trouvent un milieu de culture favorable, sont une première condition importante.

La *disposition anatomique des poils* joue aussi un

rôle évident : ce sont les gros poils qui sont de beaucoup le plus fréquemment atteints et c'est là une des raisons de la localisation si fréquente à la moustache.

Les *conditions physiques de certaines régions pilaires* doivent également être incriminées. C'est, par exemple, la chaleur humide qui règne constamment dans les régions d'accolement des plis naturels de la peau ou d'écoulement des liquides (lèvre supérieure, vulve, aisselle). L'humidité provoque en effet une macération de l'épiderme qui favorise les inoculations septiques, la chaleur permet la pullulation des germes inoculés.

Comme les causes générales, les causes locales peuvent être d'ordre *pathologique :*

Une *vulnérabilité particulière des téguments* s'observe chez certains individus dont la peau se prête plus facilement aux inoculations septiques : les roux ou les blonds par exemple.

La *présence d'une source d'infection* dans le voisinage d'une région pilaire est également une condition étiologique importante; il suffit, en effet, qu'une pustule folliculaire se soit établie pour que les follicules voisins soient rapidement envahis.

Le *traumatisme* enfin favorise aussi très fréquemment l'infection. Il peut être causé par des *agents physiques*, d'où la localisation aux points de frottement répétés comme la nuque, ou par des *agents chimiques* variables suivant la profession du malade (par exemple chez les maçons par action irritante du ciment).

Telles sont les nombreuses causes qui favorisent l'apparition des folliculites suppurées, mais ces causes ne font que préparer le terrain à la cause déterminante que nous allons étudier.

Cause déterminante. — La cause déterminante est *l'infection.* Le microbe pathogène est le *staphylocoque doré.*

C'est en effet ce microbe que l'on constate au *microscope*, si l'on fait l'examen d'une goutte de pus retirée aseptiquement d'une pustule.

C'est encore lui que l'on trouve dans les *cultures* obtenues par ensemencement de ce pus sur gélose-urine.

Enfin l'*inoculation* de cette culture au niveau de l'orifice d'un follicule reproduit une pustule identique à la pustule spontanée.

Ce staphylocoque doré est l'agent pathogène constant et le seul agent pathogène des folliculites suppurées. Il n'y a *jamais d'infection secondaire :* ce qui tient d'une part à ce que la lésion folliculaire est une lésion fermée, d'autre part à une propriété spéciale du staphylocoque doré qui, d'après M. Sabouraud, peut être un agent d'infection secondaire, mais ne tolère pas cette infection secondaire lorsqu'il est un agent d'infection primitive (Sabouraud. *Pratique Dermatologique.* — *Folliculites*).

Comme on le voit, les causes qui amènent le développement des folliculites suppurées sycosiformes sont très nombreuses. Nous n'avons pas craint d'in-

sister sur cette étiologie, car c'est elle surtout qui dicte les indications thérapeutiques et, à ce point de vue particulier, les causes de la maladie ont plus d'importance que ses symptômes.

CHAPITRE II

Lésions des folliculites suppurées sycosiformes.

Cette étude des folliculites suppurées ayant uniquement pour but d'établir les bases de nos indications thérapeutiques, nous n'insisterons pas sur la description des lésions de cette affection. En effet, en dehors de la notion de leur nature inflammatoire, les lésions du sycosis offrent dans leurs détails peu de caractères spéciaux pouvant nous intéresser au point de vue du traitement.

Ces lésions consistent dans une *folliculite* accompagnée de *périfolliculite*. La lésion élémentaire est une *pustule* qui se forme de la manière suivante :

Le staphylocoque doré se localise à l'orifice d'un follicule ; les leucocytes affluent, attirés par la chimiotaxie positive exercée sur eux par la toxine que sécrète ce microbe, ils s'amassent autour du follicule en écartant les cellules épidermiques et créent ainsi une cavité qui est la pustule.

Par suite du développement de cette cavité en

couronne périfolliculaire, l'épiderme du follicule se trouve décollé des couches sous-jacentes, il reste accolé au poil qu'il engaîne, et celui-ci forme un axe qui traverse verticalement la pustule.

Cette pustule, centrée par un poil, est la lésion caractéristique.

L'évolution de cette pustule est variable.

Elle peut s'ouvrir au dehors, se vider et s'accompagner d'une eschare dermique laissant après elle une *cicatrice.*

Elle peut se dessécher et se transformer en *croûte.*

Elle peut s'arrêter dans son évolution et passer à *l'état chronique.*

Enfin, par extension du processus inflammatoire en profondeur, elle peut s'accompagner de *complications* plus ou moins graves : furoncles, abcès furonculeux à allure aiguë ou torpide, pouvant, par leur multiplicité, aboutir à la formation de véritables clapiers purulents.

CHAPITRE III

Symptômes et diagnostic des folliculites suppurées sycosiformes.

Nous prendrons comme type de description les folliculites de la barbe, et plus particulièrement celle de la moustache.

En effet, si nous avons à dessein choisi cette expression de folliculites suppurées sycosiformes pour bien faire ressortir le caractère général de l'affection qui peut siéger dans toutes les régions pilaires, il n'en est pas moins vrai que les poils de la barbe sont le siége de prédilection et que la localisation à la lèvre supérieure est la plus fréquente et la plus typique. C'est donc cette variété, le sycosis simple arthritique des anciens auteurs, que nous aurons en vue.

Dans les autres régions, si les folliculites sont fréquentes, il est rare qu'elles deviennent sycosiformes, c'est-à-dire qu'elles s'accompagnent de ces processus de dermite, profonde, tenace, hyperplasique, qui caractérise les folliculites du visage.

1° **Aspect de la lésion élémentaire** — Avant de décrire les lésions dans leur ensemble, examinons-les de près et suivons à la périphérie par exemple l'évolution d'une pustule.

Au début, on voit apparaître un petit point rouge circumpilaire qui bientôt s'élargit et devient une tache, puis au centre de cette tache on aperçoit par transparence un point jaune qui ne fait pas encore saillie : c'est l'ébauche de la pustule. Au bout d'un temps plus ou moins long, suivant que la pustule siège plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la couche cornée, elle vient faire au-dessus de la peau une saillie hémisphérique au centre de laquelle s'élève le poil. Le volume de ces pustules est variable. Elles sont habituellement grosses comme un grain de millet, mais peuvent atteindre des dimensions plus considérables.

Leur coloration est jaune verdâtre ; lorsqu'on veut les percer à la lancette, on voit qu'elles sont recouvertes d'une couche cornée assez résistante, et le pus qui s'écoule est épais, phlegmoneux et bien lié. Nous connaissons déjà l'évolution de cette pustule. Quand elle s'ouvre spontanément, le pus se dessèche sur place et forme une croûte d'épaisseur variable.

2° **Aspect d'ensemble des lésions.** — *Début.* — La folliculite peut être *primitive* ; dans ce cas, un follicule pileux s'enflamme, il se forme une pustule et bientôt l'infection atteint les follicules voisins. Dans d'autres cas elle est *secondaire*, consécutive le plus

souvent à un eczéma. C'est, dit M. le professeur Gaucher : « Un eczéma pilaire simple caractérisé par « une rougeur vive, très peu de suintement, et une « desquamation abondante. Cette desquamation « présente ici un aspect spécial en raison du siége « des vésicules à l'orifice des poils : les squames épi- « dermiques entourant la base du poil comme une « sorte de fine collerette lamelleuse ».

(Gaucher. *Traité des maladies de la peau*).

Etat. — A la période d'état, l'infection, qui était limitée à l'orifice du follicule gagne les parties profondes. La folliculite succède à la porofolliculite. En réalité, sur un même sujet, on observe la lésion à tous ses stades car des inoculations nouvelles se font incessamment.

L'ensemble de la lésion est caractéristique, ou plutôt pour en apercevoir les caractères, il faut d'abord la déterger. Elle est en effet recouverte de croûtes plus ou moins épaisses, formées par le pus desséché, jaunâtres, suintantes, adhérentes aux poils et difficiles à détacher. Lorsqu'on y est parvenu, on constate que la peau présente une infiltration phlegmasique dans une étendue plus ou moins grande ; sa surface est recouverte de pustules, les unes en pleine évolution, d'autres aux stades de début ou de régression.

Ces pustules sont tassées les unes contre les autres et forment des masses inflammatoires, mûriformes, *framboisées*, criblées de petits orifices d'où la pression fait sourdre du pus.

C'est à ce moment que les lésions ont l'aspect de figue ouverte qui a valu son nom au sycosis.

Sur certains points de ces masses framboisées, ou à leur périphérie, on peut voir se développer des lésions plus profondes, plus aiguës, qui modifient plus ou moins cet aspect d'ensemble.

Si l'on tire sur les poils, on voit qu'ils se détachent facilement et que leur racine est entourée d'une sorte de gaîne vitreuse formée par la gaîne radiculaire qui s'est trouvée isolée de l'épiderme, comme nous l'avons vu, et est entourée d'une couche de pus.

Evolution. — La marche du sycosis est essentiellement chronique et ce que nous avons dit du mode d'extension des lésions permet de le concevoir ; les follicules n'étant pas pris tous simultanément, mais successivement, on comprend facilement que la marche puisse se perpétuer pendant un temps fort long.

La durée de la maladie est en moyenne de deux à quatre ans, elle peut atteindre dix années, on l'a vue persister toute la vie. Les récidives sont fréquentes.

La terminaison spontanée ne peut survenir que lorsque tous les follicules pileux ont suppuré et ont laissé après eux chacun une cicatrice.

Complications. — De plus, l'extension des lésions en profondeur et en surface, donne lieu à des complications qui aggravent cette évolution.

En profondeur, nous avons déjà signalé la possi-

bilité des nodosités inflammatoires, de furoncles, d'abcès périfolliculaires, de clapiers purulents.

En surface, l'épiderme peut rester sain, ou bien il est sec, rouge, macéré, suintant, velvétique, condylomateux ; le derme peut être hypertrophié en masse et former de véritables chéloïdes.

« C'est surtout à l'ensemble de ces lésions épider-
« miques, hypertrophiques, végétantes, condyloma-
« teuses, sous-tendues par des abcès folliculaires
« chroniques et par un derme enflammé en masse
« que s'appliquait jadis le nom de sycosis (Sabou-
« raud, *loc. cit.*).

Formes cliniques. — Le sycosis peut présenter enfin des modalités cliniques très diverses suivant son évolution qui peut être courte ou prolongée, passagère ou récidivante, suivant son aspect, *sycosis framboisé*, *sycosis lupoïde* de Brocq, simulant le lupus vulgaire; les masses inflammatoires peuvent quelquefois simuler une tumeur maligne.

Les variétés de siége sont plus importantes.

Le *sycosis de la moustache* est provoqué et entretenu indéfiniment par l'existence d'une *rhinite antérieure* chronique dont les liquides, en s'écoulant constamment sur la lèvre supérieure, irritent les téguments ; à l'érythème succède bientôt l'eczéma et à l'eczéma la folliculite.

Le *sycosis des joues* est caractérisé par son aspect polymorphe, car il est constitué par des éléments isolés qui évoluent chacun à sa façon, de sorte que la

joue est bosselée de nodosités très variables dans leur volume.

Le *sycosis* peut siéger au *menton* où il prend le nom de *mentagre*.

Le *sycosis de la nuque* est provoqué et entretenu par le frottement du col, il est remarquable par sa tendance aux productions chéloïdiennes.

Au *pubis*, aux *aisselles*, il est rare que les folliculites prennent l'aspect sycosiforme.

Diagnostic. — Le diagnostic positif du sycosis se fait habituellement sans difficulté ; la localisation spéciale des lésions à certaines régions pilaires, leur aspect inflammatoire, l'examen de la lésion élémentaire pustuleuse centrée par un poil, l'évolution longue et récidivante enfin, sont autant de caractères qui laissent peu de place au doute.

Le diagnostic différentiel présente plus de difficultés. On éliminera d'abord les affections qui n'ont aucun rapport avec les follicules pileux.

L'*eczéma impétigineux* peut simuler un sycosis recouvert de croûtes, mais l'erreur n'est plus possible une fois les croûtes disparues, on ne trouve en effet que des lésions superficielles et aucune trace de ces pustules centrées par un poil, de ces nodosités qui caractérisent le sycosis.

Les *syphilides tuberculeuses et pustuleuses* peuvent également simuler le sycosis. M. le professeur Gaucher nous donne, ainsi qu'il, suit les éléments du diagnostic : « Rappelez-vous bien que les tubercules et « les pustules de la syphilis ne sont pas limités aux

« régions pileuses, que ces lésions pustuleuses ou « tuberculeuses ne sont pas traversées par un poil « comme les éléments du sycosis. Les tubercules « syphilitiques sont durs et les pustules ont une base « indurée. Les lésions syphilitiques ont une colora- « tion cuivrée caractéristique.

« Elles sont indolentes, non prurigineuses. S'il y « a des croûtes, ces croûtes sont sèches et présen- « tent une coloration jaune-verdâtre. Enfin il est « habituel de trouver des lésions syphilitiques sur « d'autres points du corps, ou au moins des traces « de syphilides anciennes. »

(E. Gaucher. *Traité des maladies de la peau*).

Le *lupus vulgaire* peut être simulé par le sycosis lupoïde, mais la coloration sucre d'orge, l'absence de poil au centre des lésions lupiques permettra le diagnostic.

L'affection ayant été localisée dans le follicule pileux, on devra encore faire le diagnostic avec :

L'*acné de la face*, qui s'accompagne de pustules, mais qui siège plutôt sur les parties glabres que sur les régions pileuses, ne s'accompagne pas des croûtes, des altérations des poils communes dans le sycosis ;

Le *sycosis trichophytique* ou faux sycosis enfin est la lésion la plus difficile à distinguer du sycosis vrai.

L'affection est d'ailleurs la même au point de vue anatomique, seul l'agent pathogène diffère : C'est le champignon de la teigne. Ce diagnostic est

cependant très important, car les deux affections comportent un pronostic et un traitement très distincts. Dans le sycosis trichophytique les pustules sont plus volumineuses, les nodosités plus profondes, les poils sont plus profondément altérés ; ils sont ténus, fragiles, se laissent arracher facilement ou tombent spontanément.

L'examen microscopique enfin pourra trancher la question, mais ses résultats sont souvent incertains, et dans les lésions anciennes en particulier, le parasite peut être très difficile à déceler.

Pronostic. — De cette étude clinique du sycosis, nous pouvons tirer cette conclusion que c'est une affection d'un pronostic sérieux, à cause de la profondeur et de l'importance de ses lésions, de leur ténacité, de leur localisation au visage.

Cependant ce pronostic peut être considérablement amélioré lorsqu'une thérapeutique régulière et persévérante est instituée, et cette considération légitime amplement l'examen du procédé nouveau de traitement que nous allons étudier.

DEUXIÈME PARTIE

Traitement des folliculites suppurées sycosiformes.

Nous possédons maintenant tous les éléments nécessaires pour aborder l'étude des folliculites suppurées sycosiformes au point de vue thérapeutique. Nous connaissons leurs causes, leurs lésions et leurs manifestations cliniques, notions indispensables pour pouvoir discuter avec fruit les indications du traitement.

Division du sujet :

Nous diviserons cette étude thérapeutique en deux chapitres :

a) Dans un premier chapitre, nous établirons les indications du traitement en nous reportant aux données générales que nous avons indiquées au début ;

b) Puis nous étudierons les méthodes de traitement actuellement employées ;

c) Enfin nous examinerons dans quelle mesure ces méthodes satisfont aux indications.

Dans un deuxième chapitre nous entreprendrons l'étude du traitement des folliculites suppurées sycosiformes par les pulvérisations résorcinées et nous envisagerons successivement :

a) La résorcine et ses propriétés physiques, chimiques, physiologiques ;

b) Son mode d'emploi dans le traitement des folliculites suppurées sycosiformes ;

c) La valeur thérapeutique du nouveau procédé.

CHAPITRE I

I. — Indications du traitement des folliculites suppurées sycosiformes.

Nous avons dit (V. Généralités) que le traitement rationnel d'une dermatose comportait trois sortes d'indications :

a. Faire disparaître la cause ;

b. Arrêter l'évolution des lésions ;

c. Combattre les troubles fonctionnels.

a) L'étiologie du sycosis est dominée par deux facteurs principaux : *l'arthritisme* qui crée la prédisposition et l'*infection*, qui est la cause immédiate de la maladie. L'une de ses causes est générale, l'autre est locale. Il y aura donc, pour répondre aux deux ordres d'indications fournies par ces deux ordres de causes : un *traitement général*, un *traitement local*.

Le premier sera surtout un traitement hygiénique destiné à combattre le ralentissement de la nutrition qui favorise le développement du sycosis.

Quant au deuxième, destiné à lutter contre l'infection, il comprendra l'ensemble des mesures habituelles d'asepsie et d'antisepsie par lesquelles on lutte contre les maladies microbiennes ; l'asepsie ayant pour but de prévenir l'apparition de la maladie ou de ses récidives : ce sera le *traitement prophylactique ;* l'antisepsie ayant pour but d'arrêter l'évolution de la maladie confirmée par la destruction des germes qui l'ont provoquée.

b) Au point de vue anatomo-pathologique, le sycosis est, comme nous l'avons vu, une affection *inflammatoire* et *suppurative*. Pour répondre à la seconde catégorie d'indications, pour arrêter l'évolution des lésions, on devra recourir d'abord aux divers procédés antiphlogistiques destinés à combattre l'inflammation. Quant aux collections purulentes, suivant la loi générale : *ubi pus*, *ibi evacua*, elles devront être ouvertes et vidées de leur contenu.

c) Le traitement des troubles fonctionnels ne comportera pas à proprement parler d'indications spéciales ou plutôt ses indications se confondent avec les précédentes, ces troubles fonctionnels d'ailleurs peu importants étant la conséquence des phénomènes inflammatoires et disparaissant avec eux.

Telles sont les indications. Nous allons maintenant examiner quels procédés thérapeutiques ont été jusqu'ici mis en œuvre pour les remplir.

II. — Traitement classiques des follicules suppurées sycosiformes.

1° *Traitements répondant aux indications étiologiques.*

A. — *Traitement général.* — Les auteurs ne sont pas d'accord sur la valeur qu'il convient d'attribuer au traitement général. *M. Brocq* le préconise et interdit l'usage des aliments qui déterminent dans l'intestin une fermentation exagérée, les fromages par exemple. Il prescrit en outre l'arsenic, le sulfure de calcium à la dose de six milligrammes 3 fois par jour, enfin certaines eaux minérales (La Bourboule, Bagnères de Luchon, Cauterets, etc.). Mais M. Brocq ajoute lui-même que ce traitement interne est d'une utilité au moins contestable. (Brocq. *Précis élém. de dermat.*).

M. Hallopeau, au contraire, est d'avis qu'on doit soumettre le malade à un régime sévère et combattre les fermentations gastriques et intestinales. Il prescrit également l'arsenic sous la forme de liqueur de Fowler, 6 à 12 gouttes par jour, et les eaux minérales sulfureuses (Hallopeau et Leredde. *Mal. de la peau).*

M. le professeur Gaucher rattachant l'étude du sycosis à celle de l'eczéma se montre également très partisan du traitement général Par l'hygiène ali-

mentaire : régime lacté, laxatifs, antisepsie intestinale par le salol, le benzo-naphtol. Par la médication anti-diathésique au moyen d'eaux minérales alcalines (Vichy, Vals, Royat) ou diurétiques (Vittel, Contrexéville) chez les goutteux, ou ferrugineuses (Bussang, Orezza) chez les arthritiques affaiblis. Il se montre par contre assez réservé sur l'emploi de l'arsenic qu'il considère en tout cas comme un tonique général et non comme un spécifique (Gaucher. (*Traité des maladies de la peau*).

M. Sabouraud attache peu d'importance aux causes générales et ne prescrit pas de médication interne dans le traitement de cette affection (Sabouraud, *Pratique dermatologique*, art. : *Folliculites*).

A l'étranger :

Hébra considère l'affection comme uniquement locale et s'exprime ainsi : Tant que le sycosis a été considéré comme une maladie générale, on a, comme pour le psoriasis, recommandé une médication interne antidyscrasique..... Ce qui nous étonne c'est qu'on rejetait et rejette encore les moyens locaux avec lesquels nous sommes sûrs d'arriver à la guérison.

(*Hebra*, *Handbucher specialn Pathologie und Therapie*, sous la direction du professeur Virchow, 1860).

Leistikow (de Hambourg) passe sous silence le traitement général du sycosis (Leistikow, *Thérapeutique des maladies de la peau*. Trad. Darier).

Jarisch (de Vienne) traite également le sycosis des moyens uniquement locaux (Jarisch. *Die Hautkrankeiten*).

B. — *Traitement local.* — Il doit être, avons-nous dit, prophylactique et curatif.

La *prophylaxie* du sycosis consiste dans l'ensemble des mesures destinées à éviter l'infection des follicules pileux de la barbe. C'est par l'hygiène quotidienne, par les savonnages, par les lotions antiseptiques destinées à entraver le développement des germes pathogènes qui pullulent à la surface de la peau qu'on aboutira à ce résultat.

Pour le cas particulier du sycosis de la moustache, localisation la plus habituelle de l'infection, il sera indispensable de traiter la conjonctivite ou la rhinite antérieure, sous peine de récidives continuelles.

Tous les auteurs sont également d'accord pour insister sur la nécessité d'obtenir du malade qu'il fasse le sacrifice de sa barbe, qu'il la porte courte ou même rasée complétement. La présence de poils longs empêche en effet le nettoyage complet de la peau, retient les débris épidermiques, empêche en un mot l'asepsie de la peau indispensable pour prévenir l'apparition du sycosis. Cependant ce sacrifice ne pourra pas toujours être consenti par le malade et dans ce cas, il faudra redoubler de précautions.

Ces soins prophylactiques pourront empêcher la transformation d'un eczéma en sycosis ou prévenir une récidive chez un malade qui a déjà été atteint.

Le *traitement curatif* que l'on devra instituer pour combattre la maladie confirmée doit s'attaquer au staphylocoque doré qui en est l'agent pathogène. Ce résultat est obtenu par *l'antisepsie locale.*

a). Il faudra d'abord *préparer le terrain* car les antiseptiques resteraient sans action, si on les appliquait directement sur la lésion recouverte de croûtes adhérentes aux poils. Pour nettoyer la région, on devra :

1° *Couper ras les poils* de la barbe, au rasoir ou mieux aux ciseaux ;

2° *Détacher les croûtes*, opération quelquefois difficile et douloureuse, mais qu'on peut faciliter par divers moyens, destinés à ramollir ces croûtes : lavages à l'eau boriquée tiède ; application de pansements humides, attouchements à l'huile phéniquée, etc. ;

3° *Laver les parties malades*, d'abord à l'eau savonneuse tiède, puis avec des liquides fortement antiseptiques comme la liqueur de Van Swieten ;

4° *Pratiquer l'épilation* de la région, opération assez douloureuse, car les poils adhèrent encore assez fortement, difficile à faire accepter par le malade, mais indispensable pour obtenir la guérison.

b). Sur les surfaces ainsi détergées, on peut appliquer les antiseptiques.

Les topiques les plus divers ont été préconisés, mais dans tous les cas il s'agit d'agents énergiquement parasiticides.

M. le Professeur Gaucher, avant d'employer la résorcine, préconisait au début, à la période d'inflammation aiguë, la pommade à l'oxyde de zinc ou au calomel, puis quand l'inflammation s'était atténuée, la pommade à l'huile de cade (Gaucher, *loc. cit.*).

M. Brocq recommande l'emploi d'une pommade renfermant, pour 20 grammes d'excipient, 50 centigrammes de précipité jaune ou de 1 à 3 grammes d'huile de cade.

M. Thibierge préconise également les pommades à l'oxyde de zinc et dans les cas rebelles, aurait obtenu de bons résultats de pommades à la résorcine à 5 ou 10 p. 100 (Thibierge, *Thérap. des mal. de la peau*).

M. Sabouraud emploie également, soit la pommade à l'oxyde de zinc, soit la lotion soufrée de Vidal (Sabouraud. *Pratique Dermatologique*).

D'autres enfin ont traité le sycosis par les savons de potasse, l'ichtyol, la résorcine, l'onguent styrax et les divers composés mercuriels.

Les caustiques ont été également employés. On a traité le sycosis par les acides pyrogallique, salicylique, chrysophanique, par la potasse caustique, les préparations iodées.

Les emplâtres ont donné également quelquefois de bons résultats, soit l'emplâtre de Vigo, un peu irritant, soit l'emplâtre de Vidal que Leistikow considère comme le meilleur procédé de traitement.

Tous ces médicaments ont été employés sous les formes les plus diverses : poudres, pommades, solutions, fomentations, pansements humides, mousselines-pommades (Leistikow), crayons, pâtes, pommades savonneuses, vernis aqueux, savons, etc...

2° *Méthodes thérapeutiques destinées à modifier l'état des tissus.*

La destruction du germe pathogène par les antiseptiques ne suffit pas pour guérir le sycosis, car les phénomènes inflammatoires provoqués par le staphylocoque doré continuent à évoluer pour leur propre compte.

Le traitement devra donc non seulement tuer les microbes, mais encore :

Eteindre l'inflammation ;

Tarir la suppuration.

a) L'inflammation sera combattue par les méthodes habituelles, c'est-à-dire :

1° Par la *médication émolliente*, *résolutive*, *antiphlogistique*, réalisée par divers moyens :

α Pansements humides, bains, lotions de guimauve, de son, de sureau, etc.., cataplasmes, glycérolés ;

β Application de corps gras : axonge fraîche, vaseline, liniment oléo-calcaire ;

γ Poudres inertes.

2° Par la *médication réductrice*, c'est-à-dire par l'emploi de substances qui, suivant la théorie de Unna sur laquelle nous reviendrons à propos de la résorcine, ont la propriété d'absorber l'oxygène des tissus, cette absorption entraînant des conséquences importantes : destruction des microbes aérobies pri-

vés de leur élément de nutrition ; modification de l'épiderme dont les cellules privées d'oxygène régressent et se kératinisent ; modifications du derme dont la circulation devient moins active, d'où résorption de l'œdème inflammatoire (Unna, Leistikow, Hodara).

Les substances qui possèdent cette propriété sont l'ichtyol, le thiol, le tuménol, le soufre, les sels de mercure, qui sont des réducteurs faibles. D'autres sont des réducteurs énergiques, comme la résorcine, le goudron, l'aristol, l'acide pyrogallique, la chrysarobine.

Si nous parcourons les divers auteurs qui ont écrit sur le traitement du sycosis, nous voyons que tous ont employé ces corps réducteurs, les uns indifféremment, les autres donnant la préférence à certains d'entre eux.

Ces divers agents réducteurs s'emploient également sous les formes les plus variées : pâtes, pommades, crayons de pommades, solutions, teintures, emplâtres, etc...

3° Par *la méthode sclérogène* qui consiste à provoquer par divers procédés l'occlusion des vaisseaux et consécutivement la sclérose des tissus qu'ils irriguent.

Le plus fréquemment employé et le plus ancien de ces procédés est la *scarification*. Comprenant l'épiderme et la partie superficielle du derme, elle amène une sclérose graduelle qui se traduit par l'affaissement de la surface, la diminution de la vascularisation ; les tissus prennent une coloration blanchâtre,

une consistance plus ferme. Ces résultats, on le conçoit, sont très efficaces pour faire disparaître les masses inflammatoires chroniques du sycosis ; aussi beaucoup d'auteurs ont-ils préconisé la scarification.

« Dans certains cas, l'eczéma de la barbe peut « donner lieu à une induration du derme dont vous « ne viendrez à bout qu'au moyen de scarifications « (Gaucher, *Maladie de la peau*) ».

M. Brocq (*Traité élém. de dermatologie*) les recommande également.

« Les scarifications linaires quadrillées, dit M. Thi- « bierge, peuvent également être employées dans le « traitement du sycosis, à condition de les réserver « aux cas très rebelles et d'y recourir seulement dans « les périodes où, la suppuration étant tarie, la « périfolliculite persiste seule (Thibierge, *Thérap.* « *des maladies de la peau*) ».

Cependant tous ne sont pas aussi favorables à la scarification :

Sabouraud (*in Pratique Dermatologique* de Besnier, Brocq et Jacquet) passe sous silence ce procédé de traitement.

D'autres la proscrivent formellement ; pensant que cette pratique ne peut que préparer le terrain à une nouvelle invasion des microbes (*Leistikow*).

Signalons encore, parmi les autres procédés qui ont été employés pour combattre les phénomènes inflammatoires, l'application de *lames de caoutchouc*, *l'électrothérapie*, la *radiothérapie*.

b). Il nous reste, pour terminer cette revue géné-

rale des diverses méthodes préconisées dans le traitement du sycosis à examiner nos moyens d'actions contre les *complications suppuratives*.

Tous les auteurs recommandent de pratiquer avec soin l'incision isolée de chacune des pustules. On pratique cette petite opération chaque jour, car en détruisant ces pustules au fur et à mesure qu'elles apparaissent, on évitera les nouvelles inoculations qui sont une des causes principales de la ténacité de la maladie et de ses récidives.

M. le professeur Gaucher a fait, dans ce but, construire une aiguille en fer de lance qui convient parfaitement pour pratiquer cette incision des pustules.

A 2 ou 3 millimètres au-dessus de sa pointe, cette aiguille présente un épaississement brusque, de telle sorte qu'on ne risque pas de l'enfoncer trop profondément et d'inoculer les parties saines en voulant soigner les parties malades.

M. Brocq, emploie pour le traitement de ces pustules, l'acupuncture avec le galvano-cautère.

Enfin nous avons vu qu'il existait des formes plus graves de sycosis, avec masses inflammatoires volumineuses, collections suppurées profondes, furoncles, abcès multiples, quelquefois véritables clapiers purulents.

Contre ces formes, des moyens plus énergiques sont nécessaires. Le *traitement* du sycosis devient *chirurgical* et consiste en incisions profondes, abrasion des parties malades, râclage à la curette, etc...

mais ces procédés devront être employés avec circonspection et réservées aux cas graves.

III, — Examen critique de ces méthodes actuelles de traitement.

Si nous voulons apprécier la valeur des divers procédés de traitement que nous venons d'exposer, trois criteriums nous permettront de porter ce jugement.

Ces traitements doivent :

1° Répondre aux indications ;

2° Être d'un emploi pratique ;

3° Être efficaces.

1° On ne peut évidemment contester que les méthodes si variées qui ont été tour à tour adoptées, ne répondent aux divers *desiderata* du traitement du sycosis.

Mais encore y a-t-il des degrés dans la manière suivant laquelle ces indications sont remplies, car tous les médicaments employés ne sont pas également antiphlogistiques, également réducteurs. Ces différences dans l'activité thérapeutique ne peuvent, il est vrai, s'apprécier que par les résultats obtenus et la question se ramène à juger de l'efficacité de ces médicaments que nous examinerons tout à l'heure. Faisons remarquer cependant que dans ces divers

traitements les indications multiples sont remplies par l'emploi de topiques nombreux, les uns exerçant l'action antiphlogistique, d'autres l'action réductrice, etc... Il en est peu dont on puisse dire qu'ils satisfont simultanément à tous les *desiderata*, condition qui, comme nous le verrons, se trouve réalisée par l'emploi des pulvérisations résorcinées.

2° Pour la même raison, ces traitements étant complexes sont, par cela même peu pratiques, et c'est une considération de quelque importance quand il s'agit de soigner une affection comme le sycosis, rebelle, tenace, où les malades n'ont que trop de tendance à se décourager, où les négligences dans le traitement sont une des causes principales de la durée indéfinie de la maladie.

Outre leur complexité, ces traitements ont l'inconvénient d'obliger le malade à recouvrir les parties atteintes de pansements, de pommades, ce qui les rend dans bien des cas difficilement compatibles avec les nécessités de l'existence. De plus, pour que les topiques adoptés puissent agir efficacement, le rasage de la barbe et même l'épilation sont généralement indispensables même dans les cas bénins, car les nettoyages minutieux et quotidiens nécessités par l'emploi de ces pommades seraient impossibles sur une surface recouverte de poils ; ces poils gêneraient également l'emploi des divers topiques sous la forme de lotions ou de pansements humides.

3o Reste la question de l'efficacité de ces divers traitements. Si tel auteur préconise tel procédé de traitement qui lui a paru plus actif, il est aisé de se rendre compte que cette efficacité n'est que relative.

Tous reviennent avec insistance sur la ténacité du sycosis, ses récidives, sur les difficultés décourageantes que présente souvent le traitement de cette maladie.

N'est-ce pas plus qu'il n'en faut pour démontrer que les différentes méthodes actuellement connues sont loin de donner satisfaction complète à ceux qui les emploient ? La multiplicité même de ces traitements n'est-elle pas encore une autre preuve de leur efficacité incertaine ?

On ne saurait donc attacher trop d'importance à toute tentative destinée à perfectionner une thérapeutique aussi insuffisante, et nous croyons que ce but est réalisé par l'emploi nouveau des pulvérisations résorcinées. C'est ce que nous allons maintenant démontrer.

CHAPITRE II

I. — La résorcine.

Avant d'employer la résorcine, de l'appliquer au traitement des folliculites suppurées sycosiformes, il nous faut dire quelques mots sur la nature de ce médicament et rappeler quelques-unes de ses propriétés en insistant sur celles qui présentent quelque importance pour le but particulier que nous poursuivons.

1° *Propriétés physiques et chimiques.*

La résorcine se présente sous la forme de prismes rhomboïdaux, incolores, parfois très volumineux. Lorsqu'elle est impure, elle devient légèrement rosée à l'air. Quand elle est chimiquement pure, elle est en aiguilles très fines, d'un blanc éclatant, phosphorescentes dans l'obscurité et ne se colorant pas à l'air. Elle exhale une très faible odeur de phénol. Sa saveur, à la fois sucrée et amère est désagréable.

Elle est très soluble dans l'eau ; une partie d'eau

dissout 0,86 de ce corps à 0°. Elle est encore plus soluble dans l'alcool, la glycérine, l'éther, insoluble dans le chloroforme.

La vapeur d'eau l'entraîne à la distillation.

On la prépare actuellement en traitant la benzine par l'acide sulfurique.

Découverte en 1860, à Vienne, par Hlassevitz et Barth, elle a été introduite dans la thérapeutique en 1877 (D'après Manquat, *Traité de thérapeutique*).

2° *Propriétés physiologiques.*

Action générale. — La résorcine est un médicament d'absorption rapide et d'élimination facile. Elle s'élimine surtout par les urines auxquelles elle donne la teinte noire des urines phéniquées. Son action est d'ailleurs analogue à celle du phénol; mais elle est moins caustique et moins toxique. Cependant elle donne lieu à des symptômes d'intoxication : vertiges, bourdonnements d'oreilles, accélération de la respiration et du pouls, sueurs profuses, délire, tremblement convulsif.

Elle abaisse également la température fébrile.

Action locale. — Son action locale est plus importante à notre point de vue et mérite de nous arrêter davantage.

Unna s'est fait le grand défenseur de l'emploi thérapeutique de la résorcine, qu'il classe parmi les médicaments réducteurs.

Nous avons déjà dit, en étudiant le traitement classique du sycosis que l'on appelait ainsi les substances capables d'absorber l'oxygène des tissus et cette absorption d'oxygène entraînerait des conséquences importantes, d'après la théorie de la réduction de Unna.

Théorie de la réduction.

1° L'absorption d'oxygène entraîne d'abord la mort des microbes aérobies, privés de leur élément nutritif; les réducteurs sont donc en même temps antiparasitaires ; la médication réductrice est en même temps antiseptique.

2° Les tissus étant spoliés d'oxygène, leur nutrition se ralentit et il s'ensuit des modifications importantes du côté de l'épiderme et du côté du derme.

Au niveau de l'épiderme, on voit se produire une kératinisation rapide, un épaississement de la couche cornée, cette transformation cornée des cellules étant un processus de régression. Les agents réducteurs sont donc kératoplastiques.

Au niveau du derme, les cellules des endothéliums vasculaires, habituées à être richement oxygénées, se dessèchent, se ratatinent et les vaisseaux diminuent de calibre. Il en résulte une résorption des œdèmes, des infiltrations inflammatoires ; la douleur disparaît également, la cause d'irritation des extrémités nerveuses étant supprimée. Les agents réducteurs sont donc antiphlogistiques et anesthésiques.

Tel est, d'après Unna, le mécanisme de l'action de la résorcine et des réducteurs.

Voyons quels sont les effets de cette action :

La kératinisation se traduit par un épaississement de la couche cornée qui devient plus épineuse, plus compacte et plus dure (Unna). Au bout d'un certain temps, cette couche cornée se sépare en deux parties, dont la plus superficielle prend une teinte brunâtre, se détache et tombe, tandis que la couche sous-jacente, formée de cellules en pleine vitalité, persiste et s'épaissit à son tour.

L'action sur les vaisseaux n'est pas une action passagère, reflexe, due à l'intermédiaire du système nerveux. C'est une rétraction durable des vaisseaux, marquée surtout sur les vaisseaux anormalement dilatés, comme c'est le cas dans les tissus enflammés.

L'action sur les parasites est double d'après Unna : La résorcine est *parasitifuge* car la couche cornée entraîne en se détachant, les microbes contenus dans son épaisseur.

La résorcine est aussi *parasiticide* par action directe, destructive sur les microbes pathogènes.

Unna établit encore une distinction dans les effets de la résorcine suivant qu'on l'emploie à doses fortes ou faibles.

La kératinisation s'observe dans tous les cas ainsi qu'une coloration brune des téguments.

Les autres effets diffèrent et peuvent se résumer dans le tableau suivant :

Doses faibles	*Doses fortes*
1° Diminuent la douleur.	1° Augmentent la douleur
2° Font disparaître l'inflammation.	2° Provoquent l'inflammation.
3° Font disparaître l'infiltration.	3° Provoquent l'infiltration.
4° Provoquent la pustulation.	4° Font disparaître les pustules.

(D'après : 1° Analyse de mémoires de Unna. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie* 1888) ;

(2° *De la résorcine en dermatothérapie, ses effets sur la peau saine*, par J. C. Kellog, de la Nouvelle-Orléans. Assistant, *Travaux du laboratoire de Unna à Hambourg* (*in Monatsheft fur Prakt Dermatologie*, 1897).

II. — Emplois de la résorcine en thérapeutiques.

1° *Modes d'administration.*

La résorcine a été administrée :

Par *voie interne*, aux doses de 1 à 2 grammes par jour en une fois, ou de 3 à 5 grammes par doses fractionnées.

En *applications externes*, pure ou en solution.

Par *voie hypodermique*, la résorcine, en raison de

sa grande solubilité dans l'eau se prête fort bien aux injections sous-cutanées, qui peuvent être pratiquées impunément, soit superficielles, soit profondes, mais plutôt profondes que superficielles.

(La resorcina velle malattie cutanee et veneree. Rassegna del Dottore Giuseppe Cattani, medico dell'Ospedale Maggiore di Milano. *Giornale italiano della Malattie veneree et della pelle*, 1883).

D'après Cattani, ces injections seraient rapidement absorbées, et auraient le même effet local que les injections de morphine.

2° *Emplois de la résorcine en thérapeutique générale.*

A l'intérieur, elle a été utilisée surtout comme antithermique, en particulier dans la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose. Mais son action fugitive, accompagnée de sueurs profuses, de dépression des forces, l'ont fait rapidement abandonner.

A l'extérieur, son emploi s'est beaucoup plus répandu :

Hallopeau a obtenu de très bons résultats dans la pourriture d'hôpital.

Andeer et Brieger ont employé la résorcine dans le traitement de la blennorragie, mais reconnaissent n'avoir pas obtenu de résultats très encourageants.

Notre maître, *M. le Dr Jullien*, a également essayé ce traitement et est arrivé aux mêmes conclusions, il reconnaît qu'il est exceptionnel que la guérison puisse être obtenue par ce moyen.

Andeer et Brieger l'ont également employée dans le traitement des cystites : les cystites aiguës sont très améliorées par les injections de résorcine en solution à 1 p. 50 ou 1 p. 20. — Les cystites chroniques nécessitent des doses doubles. — Les meilleurs résultats ont été obtenus dans le catarrhe vésical simple, avec une solution à 1 p. 100.

Dans la dypthérie, on a fait des attouchements résorcinés qui ont donné peu de résultats (*Leblond et Baudier*).

D'une manière générale, la résorcine agit avec une rapidité prodigieuse sur les plaies, les brûlures, les ulcérations scrofuleuses ou syphilitiques. Elle donne d'excellents résultats dans le traitement des plaies phagédéniques ou suppurantes. L'ulcère variqueux est également considérablement amélioré par la résorcine.

M. Barthélemy à Saint-Lazare, emploie l'huile résorcinée pour panser les ulcérations du col utérin.

3° *Emplois de la résorcine en dermatologie.*

C'est surtout en dermatologie que la résorcine a trouvé ses applications les plus nombreuses et a acquis rapidement droit de cité par les résultats remarquables qu'elle a donnés. Il est peu de dermatoses contre lesquelles son emploi n'ait été essayé.

Unna la préconise dans le traitement du *pytiriasis capitis*, de la *séborrhée sèche du cuir chevelu*, de

l'*eczéma séborrhéique* en pommade à 2 pour 100.

Il a obtenu également de bons résultats dans les diverses variétés d'*eczéma de la face* avec violent prurit, dans l'*eczéma psoriasiforme*. Les *cicatrices* d'origine *variolique*, acnéique, seraient également trés améliorées.

Andeer a signalé l'heureuse influence de la résorcine dans l'*érysipèle*, les *exanthèmes aigus*, les *dermatoses infectieuses*.

Cattani a obtenu de bons résultats dans le traitement de l'*érysipèle de la face*, au moyen de badigeonnages avec une solution de résorcine de 2 p. 100.

Lorenzo Mannino à Palerme, a appliqué la résorcine au traitement de l'*épithélioma de la peau*, sous forme de pommade à 1 pour 10 et a constaté des résultats très encourageants. (La Resorcina nella cura de l'epithelioma. Communicazione preventive, dell Dottore Lorenzo Mannino, coadjutore nella Clinica Médica di Palermo. *Giornale italiano delle Malattie veneree et della pelle*).

Stellvagon, à Londres, a étudié l'action de la résorcine dans le traitement de diverses affections cutanées. D'après cet auteur, la résorcine donnerait quelquefois de très bons résultats dans *l'eczéma*, dans d'autres cas il y aurait eu aggravation ; en tout cas la résorcine aurait toujours eu cet heureux effet de calmer le prurit. Dans le *pytiriasis versicolor* les résultats obtenus ne sont pas supérieurs à ceux des autres traitements. Dans les *ulcérations douloureuses des jambes*, les résultats sont parfois excellents ;

la douleur est le plus souvent supprimée intantanément. Dans la *séborrhée*, le *psoriasis*, le traitement est assez efficace. Les résultats ont été inconstants dans *l'épithélioma*, nuls dans le *lupus érythémateux*.

(D'après Stellvagon. De la valeur de la résorcine de l'ichtyol et de la lanoline dans la thérapeutique des maladies cutanées. *Journal of cutaneous and venereal diseases*, nov. 1886).

Jackson à New-York a, dans six cas *d'eczéma* traités par la résorcine incorporée à la vaseline, à la dose de 5 à 12 p. 100, obtenu trois aggravations, deux améliorations, une guérison. Dans trois cas d'*épithélioma*, les résultats ont été beaucoup plus favorables et ont abouti à une guérison presque complète. Le *lupus* érythémateux ou vulgaire aurait été également amélioré.

(De l'Ichtyol, de la résorcine, étude clinique de leurs effets par Jackson. *Journal of Cut. and gen. urin. diseases*, juin 1887).

Leconte, élève de Du Castel a montré également les résultats favorables obtenus en dermatologie dans le traitement des *trichophyties*, du *pemphigus*, de la *lèpre*, des *ulcères variqueux* et *scrofuleux*, du *cancroïde de la face*. Il en vante l'emploi dans les *condylomes* et contre l'*eczéma* généralisé ou partiel (Leconte, th. Paris, 1888).

Leblond et Baudier ont, à Saint-Lazare, employé avec succès le résorcine dans le traitement du *chancre mou*.

Ces nombreuses citations démontrent suffisamment quelle place importante tient la résorcine dans la thérapeutique dermatologique et justifient l'emploi de ce topique pour le traitement des folliculites suppurées sycosiformes.

4° *Emplois de la résorcine dans le traitement des folliculites suppurées sycosiformes.*

Nous avons déjà pu constater, en étudiant les traitements classiques du sycosis que l'emploi de la résorcine ne constituait pas par lui-même une innovation dans la thérapeutique de cette affection.

Parmi les dermatologistes que nous avons cités, plusieurs recommandent en effet la résorcine et reconnaissent en avoir obtenu de bons effets.

Le procédé thérapeutique imaginé par M. le professeur Gaucher ne consiste pas en effet dans l'adoption d'un médicament nouveau, mais dans l'emploi sous une forme nouvelle d'un topique qui a déjà fait ses preuves.

a). — *Modes d'emploi de la résorcine dans les anciens procédés du traitement des folliculites suppurées sycosiformes :*

Si nous parcourons en effet les travaux des différents auteurs qui ont écrit sur le traitement du sycosis, nous voyons qu'aucun d'eux n'a employé la

résorcine sous la forme de pulvérisations. *M. le professeur Gaucher* lui-même n'a adopté cette technique que depuis deux ans, et auparavant appliquait sur les parties malades des pansements avec les compresses imbibées d'une solution de résorcine à 1 ou 2 p. 100.

Jacoby (à Fribourg) emploie la résorcine à 1 p. 100 en enveloppements humides (Jacoby, *Atlas des maladies cutanées*).

Eichoff (d'Eberfeld) emploie également des pansements humides avec une solution de résorcine à 5 p. 100.

(*In Traité des maladies vénériennes et cutanées de la bibliothèque des sciences médicales pour praticiens et spécialistes*, sous la direction du professeur Drasche, de Vienne. Vienne et Leipsik, 1900, p. 757).

Jarisch (de Gratz) emploie une pâte à la résorcine à 2 ou 5 p. 100 de préférence aux pommades à contenu graisseux.

(*In Traité des maladies cutanées*. Bibliothèque de pathologie et de thérapeutique spéciales sous la direction du professeur Nothnagel. Vienne, 1900, p. 426).

Neisser, de Breslau, *Jadasohn*, de Berne, utilisent une pâte à l'oxyde de zinc additionnée de résorcine à 5 p. 100 en application après le stade inflammatoire aigu (*Handbuch der Praktische Medizin*, tome VIII, *Mal. cutanées*, Stuttlgard, 1901).

Morris, à Londres, au Saint Mary's hospital, recommande dans les cas graves, l'emploi d'une pommade à la résorcine de 2 à 10 o/o.

(Morris. *Mal. de la peau.* Cassell and C° Londres, 1894).

Paul Dietz, d'Anvers, cite un cas de folliculite sycosiforme du pubis traité par l'application de compresses imbibées d'une solution de résorcine.

Ihle, *Stellwagon,* ont également employé la résorcine dans le traitement du sycosis, mais sous forme de pommades.

En France, la plupart des *Traités classiques de dermatologie* recommandent aussi la résorcine comme un excellent topique dans les cas de sycosis, mais toujours sous la forme de pâtes, de pommades de pansements, etc...

Nous croyons inutile de multiplier davantage les citations. Celles que nous venons de donner démontrent suffisamment que les pulvérisations résorcinées constituent, dans le traitement des folliculites suppurées sycosiformes une méthode absolument nouvelle dont nous allons étudier la technique et les résultats.

b). *Traitement de M. le professeur Gaucher par la résorcine en pulvérisations.*

1° *Pulvérisateur.* — Un des grands avantages de ce nouveau procédé, c'est son extrême simplicité. Le seul instrument nécessaire pour l'appliquer est un pulvérisateur à vapeur. Encore à la rigueur un pulvérisateur quelconque, à soufflerie, comme celui de

Richardson par exemple, pourrait-il être employé, mais le pulvérisateur à vapeur à cause de son fonctionnement plus régulier, plus facilement prolongé doit être préféré. Nous ne nous attarderons pas à décrire les différents systèmes de pulvérisateurs qui peuvent ainsi être utilisés.

A la clinique de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis, on se sert du modèle bien connu imaginé par Just-Lucas-Championnière.

Rappelons-en rapidement la disposition :

Cet appareil se compose d'une chaudière métallique sphérique, reposant sur une lampe à alcool, et d'un récipient en verre contenant le liquide à pulvériser. Sur la partie latérale de cette chaudière, se trouve un orifice en forme d'entonnoir qui peut se fermer au moyen d'un bouchon vissé. A la partie supérieure, se trouvent deux becs pulvérisateurs présentant la disposition habituelle de ces becs et qui d'une part communiquent par un tube de caoutchouc avec le récipient en verre contenant le liquide à pulvériser, c'est-à-dire la solution de résorcine, d'autre part un tube métallique avec la chaudière.

Ce tube est pourvu d'un robinet qui permet de l'ouvrir ou fermer à volonté. Cette chaudière est en outre munie à sa partie supérieure d'une soupape de sûreté.

Pour faire fonctionner l'appareil, on commence par fermer les deux robinets des deux becs pulvérisateurs. Puis par l'orifice latéral, on verse de l'eau bouillante dans la chaudière jusqu'à ce que cette eau

affleure l'orifice. On revisse le robinet et, la chaudière étant ainsi complétement fermée, on allume la lampe à alcool placée au-dessous d'elle. Quand le liquide entre en ébullition, on voit un jet de vapeur sortir par la soupape. On ouvre alors un des robinets du bec pulvérisateur. La vapeur en s'échappant par ce bec avec force sous forme de jet, entraîne avec elle en fines gouttelettes le liquide du récipient.

Le liquide employé par M. le professeur Gaucher est une solution aqueuse de résorcine à 1 p. 100.

2° *Pulvérisation.* — Elle se pratique suivant les règles habituelles. Si nous prenons par exemple le cas de beaucoup le plus fréquent d'une folliculite de la barbe, l'appareil, monté comme nous l'avons dit, est placé sur un meuble quelconque, sur une table par exemple.

Le malade s'assied, faisant face au bec pulvérisateur, la figure à la hauteur de ce bec et à une distance de 50 à 60 centimètres. On place autour du cou du malade une alèze destinée à préserver ses vêtements de l'humidité.

Pour mettre l'appareil en marche, on commence par élever la flamme pour donner le maximum de chaleur, le bec pulvérisateur est ouvert et, vers le visage du malade, s'échappe un jet de vapeur chargé de particules de résorcine.

Cette pulvérisation doit être continuée pendant une durée de 10 à 20 minutes environ.

Il suffit pour arrêter la pulvérisation, d'abaisser le bec pulvérisateur et d'éteindre la lampe.

(D'après : Terrier et Péraire, *Petite Chirurgie* de Jamain).

3° *Direction générale du traitement.* — La pulvérisation résorcinée ne constitue pas, bien entendu, à elle seule tout le traitement, et les soins accessoires, que nous avons indiqués en exposant les traitements classiques, doivent lui être naturellement associés.

En dehors de sa pulvérisation, le malade devra prendre les soins nécessaires de prophylaxie, de nettoyage antiseptique de la peau, des yeux, des fosses nasales, s'il s'agit d'une folliculite de la barbe.

Il sera même bon, dans les cas sérieux, de recommander au malade d'appliquer la nuit, sur les parties atteintes, des compresses imbibées avec la solution de résorcine.

Les pustules devront être également ouvertes à la lancette. La barbe devra encore être coupée court, ou rasée, ou même épilée, suivant la gravité des lésions.

Toutefois, et c'est là un des grands avantages de ce procédé de traitement qui contribue à le rendre plus acceptable pour les malades, *l'épilation est moins indispensable* qu'avec les procédés habituels.

La résorcine en effet, se trouvant entraînée sous forme de particules infinitésimales et projetée avec force par le jet de vapeur, traverse facilement les poils pour arriver jusqu'à la peau ; on peut d'ailleurs écarter ces derniers et découvrir ainsi successivement les différents points de la lésion pour diriger successivement sur ces points le jet de vapeur chargée de

résorcine. Lorsqu'on se trouvera en présence d'une forme bénigne, récente, limitée, superficielle, sans infiltration accentuée, on pourra faire grâce au malade de l'épilation. Mais celle-ci restera néanmoins nécessaire dans les cas où ces conditions favorables ne se trouvent pas réalisées.

La pulvérisation terminée, le malade peut vaquer à ses occupations sans qu'il soit nécessaire de recouvrir d'aucun pansement les parties atteintes.

Par la pulvérisation en effet les téguments ont pour ainsi dire été imprégnés, pénétrés par le jet de vapeur chargé de résorcine. La surface cutanée se dessèche une fois la pulvérisation terminée, mais la résorcine qui s'est déposée sur cette surface et a même pu, en raison de son état de ténuité extrême, pénétrer dans les follicules pileux, continue à exercer son action. L'application de compresses résorcinées la nuit ne sera nécessaire que dans les cas très sérieux. Enfin, ces pulvérisations devront être continuées tous les jours jusqu'à disparition complète des lésions et quelque temps aussi après leur disparition, par prophylaxie.

Les malades sujets aux récidives ne devront même s'en abstenir complétement qu'au bout d'un temps assez long.

III. — **Examen critique de ce procédé.**

Si nous envisageons la valeur thérapeutique des pulvérisations résorcinées dans le traitement des folliculites suppurées sycosiformes en nous plaçant aux différents points de vue des indications, des nécessités sociales et de l'efficacité, qui nous ont servi de base pour la critique des procédés classiques, les avantages de la nouvelle méthode apparaissent avec évidence.

a) On peut dire que toutes les indications essentielles du traitement local des folliculites suppurées sycosiformes se trouvent remplies simultanément par l'emploi des pulvérisations résorcinées. La résorcine en effet, s'attaque à la cause déterminante elle-même de la maladie, au staphylocoque doré, par sa double action antiparasitaire : *parasitifuge* et *parasiticide*.

Son action sur les lésions du sycosis n'est pas moins nette. Il s'agit de modifier une peau macérée par le contact de liquides irritants, troublée dans sa nutrition, et la résorcine vient pour ainsi dire transformer cette peau sans résistance, ou une cuirasse épaisse, kératosique, de plus elle active la formation de l'épiderme, hâte le remplacement de l'épiderme altéré par un épiderme sain.

Il s'agit de combattre des troubles de circulation

locale, de fondre des infiltrats, des œdèmes inflammatoires et, comme nous l'avons vu c'est encore un but que l'emploi de la résorcine nous permet d'atteindre.

Enfin, si les troubles fonctionnels disparaissent en même temps que diminuent les lésions, la résorcine, par ses propriétés anesthésiques, devance ce résultat et amène souvent la sédation immédiate des phénomènes douloureux avant que les phénomènes inflammatoires aient disparu.

Mais ces diverses propriétés, dira-t-on, appartiennent à la résorcine sous quelque forme qu'on l'emploie et ne peuvent être portées à l'actif de la méthode des pulvérisations.

Nous répondrons à cette objection que la résorcine, étant incorporée à un excipient liquide, comme l'eau, excercera son action sur les tissus d'une façon beaucoup plus efficace que si on l'incorpore à des excipients mous, comme la vaseline, l'axonge, la glycérine ; que projetée sur les téguments sous forme de pulvérisation, elle arrive à les imprégner pour ainsi dire et excerce ainsi son action de façon permanente, aussi bien et mieux qu'avec l'emploi de pommades.

Enfin la pulvérisation en elle-même constitue un moyen adjuvant des plus utiles ; par la chaleur, par l'humidité qu'elle développe, elle excerce par elle-même une action antiphlogistique des plus appréciables, sans que cette chaleur et cette humidité aient une durée assez longue pour altérer, faire macérer les téguments.

Et l'on ne peut en dire autant du traitement par les pommades. Nous avons maintes fois, en effet, entendu notre maître M. le professeur Gaucher s'élever contre *l'abus des pommades en dermatologie* et reprocher à ce mode d'administration des topiques de produire des résultats tout à fait différents de ceux qu'on devrait attendre. Il est facile en effet de concevoir que l'emploi d'excipients qui atténuent l'action des substances médicamenteuses au lieu de la favoriser, qui excercent une action irritante sur la peau par l'humidité continuelle qu'ils entretiennent et les fermentations dont ils sont le siége, qui retiennent enfin les germes pathogènes en suspension dans l'air, ne créent pas des conditions favorables à la guérison.

Ces nombreux inconvénients sont précisément évités si l'on administre la résorcine sous la forme de pulvérisations.

b) Mais d'autres considérations qui ont également leur importance, viennent militer encore en faveur de la technique adoptée par M. le professeur Gaucher.

C'est qu'elle rend le traitement beaucoup plus acceptable pour les malades parce qu'elle s'adapte mieux que les anciens procédés aux nécessités de l'existence.

Combien de malades, rebutés à l'idée de se couvrir

le visage pendant un temps prolongé par des pommades ou des pansements toujours apparents, négligent leur traitement et voient ainsi leur maladie s'éterniser et s'aggraver. La pulvérisation au contraire, n'exige que quelques minutes de soins chaque jour, le malade peut le faire lui-même chez lui ; elle constitue donc un procédé de traitement essentiellement pratique, ni trop onéreux, ni trop absorbant.

De plus, comme on l'a vu, dans les cas bénins tout au moins, l'épilation pourra être évitée et ce n'est pas un des moindres arguments que nous puissions invoquer en faveur des pulvérisations.

Comme le dit Hebra (*Handbuch der Specialen Pathologie und Therapie*, sous la direction du professeur Virchow).

« Nous avons fait observer les difficultés qu'on « rencontre pour suivre toujours la même méthode « dans le traitement d'une affection cutanée, non « par suite des variétés d'évolution de cette maladie « mais par suite des conditions sociales du malade « qui souvent ne permettent pas de se plier au trai- « tement le plus sûr et le plus rapide. Il faut tenir « compte de ce fait dans le double intérêt du malade « et du médecin. Ces considérations peuvent s'ap- « pliquer au traitement du sycosis.

« Il n'est pas indifférent à tout le monde d'être « privé de sa barbe, même d'une façon passagère « pendant la durée du traitement.

« Des considérations de toute sorte peuvent em-
« pêcher tel individu de modifier son expression de
« visage en se laissant enlever la barbe ; à tel autre
« la nature a permis, par la façon de porter sa
« barbe, de prendre tels airs qu'il lui plaît.

« Il faut donc, en tenant compte de ces raisons
« modifier plus ou moins, si c'est nécessaire, la
« méthode thérapeutique du sycosis.

« Le malade peut-il se plier tout à fait aux exi-
« gences du traitement : nous n'hésiterons pas à
« employer le moyen le plus rapide et le plus sûr :
« nous enlèverons les poils de la région malade.
« Lorsque ceci n'est pas posible, nous essaierons
« d'arriver quand même sans ce moyen à guérir
« notre malade ».

c) Enfin, tous les arguments qu'on peut faire valoir en faveur d'un procédé de traitement s'effacent devant cette considération essentielle : son *efficacité*.

Or, là encore il semble bien que dans la mesure du possible, les résultats obtenus soient des plus satisfaisants, si l'on veut bien tenir compte de la ténacité de l'affection, de l'impuissance trop fréquente des autres méthodes.

Sous l'influence des pulvérisations, on voit rapidement la rougeur de la peau s'atténuer, les masses inflammatoires s'affaisser, les tissus redevenir souples. Dans bien des cas, même avec des lésions accentuées la guérison complète est rapide et durable.

D'ailleurs la constatation des faits vaut mieux que toutes les discussions et l'examen des observations qui suivent sera la meilleure démonstration que nous puissions apporter de la valeur du traitement des folliculites suppurées sycosiformes par les pulvérisations résorcinées.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

N. B. — Ces observations ont été recueillies à la clinique de M. le professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis. Nous avons observé *personnellement* les malades traités du 15 mai 1903 au 15 mai 1904, pendant notre année d'externat dans ce service.

OBSERVATION I

D... Charles 25 ans, 9 *décembre* 1902.

Eczéma pilaire impétigineux de la mouche et du menton. Desquamation. — Quelques points rouges à la base de quelques poils. Aurait eu l'an dernier trois plaques de pelade de la barbe actuellement guéries.

Les lésions actuelles ont débuté il y a six mois et ont évolué par poussées.

Le malade a été consulter plusieurs médecins et des pharmaciens et a été soigné par diverses pommades.

Traitement : Epilation.

Pulvérisations résorcinées à 1 p. 100 quotidiennes.

19 Décembre. — Grande amélioration ; disparition de la rougeur, encore un peu de desquamation. — Même traitement.

26 Décembre. — Guérison complète.

Durée du traitement : 17 jours.

OBSERVATION II

G.... Pierre, 26 ans, journalier. 6 février 1903.

Folliculite de la barbe datant de un mois, lésions très superficielles, mais étendues, siégeant particulièrement aux joues. Nombreux éléments papuleux, rouges, de la grosseur d'un grain de millet, à la base des poils. Pustules assez nombreuses dont quelques unes se sont ouvertes.

Traitement : pulvérisations résorcinées à 1 p. 100; applications de compresses humides la nuit.

12 février. — Grande amélioration ; la suppuration s'est tarie complétement *sans qu'il ait été nécessaire de faire l'épilation.*

19 février. — Il ne reste plus que quelques traces des lésions, quelques pustules incomplétement cicatrisées. Le malade se considère comme guéri et ne compte plus revenir. Durée du traitement : 13 jours.

OBSERVATION III

P... Emile, 25 ans, 6 mars 1903.

Folliculite de la moustache sans coryza (véritable eczéma pilaire) datant de un an.

Lésions assez profondes. Follicules enflammés cohérents formant une plaque dure, infiltrée. Petites croûtes jaunes adhérentes à la base des poils. Quelques pustules.

Traitement. — Pulvérisations résorcinées quotidiennes.

Pas d'épilation.

Pansements humides résorcinés la nuit.

10 avril. — La pulvérisation seule n'a pas suffi.

Epilation. — On continue les pulvérisations.

20 avril. — Amélioration très nette, la rougeur est beaucoup moins accentuée, la lésion presque complétement affaissée. Plus de suppuration.

1er mai. — Guérison complète. Le malade continue néanmoins les pulvérisations.

Durée du traitement : 7 semaines.

OBSERVATION IV

N.... 32 ans, 10 avril 1903.

Folliculite suppurée de la moustache datant de 3 ans.

Pas de coryza : eczéma pilaire suppuré.

Lésions assez superficielles, mais très tenaces et récidivantes. Nombreuses petites pustules suintantes à la base des poils de la moustache ; croûtes adhérentes ; léger gonflement des tissus. Les traitements antérieurs ont échoué.

Traitement. — Epilation.

Pulvérisation résorcinée quotidienne à 1 p. 100.

17 avril. — *Très grande amélioration.* Même traitement.

24 avril. — *Amélioration continue.*

Le malade n'est pas revenu dans le service.

OBSERVATION V

Tod... Eugène, 42 ans, 13 avril 1903.

Sycosis du menton. — Lésions anciennes et infiltrées, nodosités inflammatoires dures à la palpation, plusieurs pustules volumineuses.

Ces lésions datent de 3 ans. Il y a 2 ans, a été soigné au pavillon Gabriel pendant six semaines et en est sorti guéri, mais la guérison n'a duré que deux mois.

Traitement. — Epilation.

Pulvérisations quotidiennes à la résorcine.

20 avril. — Amélioration légère. D'après le malade chaque épilation est toujours suivie d'une amélioration passagère.

26 avril. — Lésion très irritée et suintante. *Le malade a mis (de son propre chef) de l'emplâtre de Vigo.*

Pansements à l'eau bouillie.

Malade perdu de vue, non guéri.

OBSERVATION VI

G..., 32 ans, commis de marchand de bois.

15 mai 1903. — Depuis 8 jours, folliculite abondante de la barbe, moustache, figure. Légère conjonctivite.

Traitement. — Pulvérisations résorcinées à 1 p. 100.

Pas d'épilation.

22 mai. — Grande amélioration.

29 mai. — Guérison complète.

Durée du traitement : 14 jours.

OBSERVATION VII

Fad... Eugène, 23 ans, coiffeur.

29 mai 1903. — Depuis 3 mois, *sycosis non parasitaire* de la lèvre supérieure. Cette lèvre est rouge, un peu gonflée ; l'épiderme est altéré, macéré, recouvert de croûtes qui adhèrent aux poils de la moustache. Douleur assez vive.

Traitement. — Pulvérisation résorcinée à 1 p. 100.

Epilation.

5 juin. — Pas d'amélioration appréciable.

Même traitement.

19 juin. — Lésions presque stationnaires ; la rougeur et le gonflement persistent ; mais les pustules se dessèchent. Les croûtes sont disparues.

24 juillet. — Amélioration très nette depuis un mois. *Malade presque guéri.*

Perdu de vue.

OBSERVATION VIII

D..... coiffeur, 28 ans, 5 juin 1903.

Eruption de la moustache, près du pli naso-génien apparue il y a un an. Malade souvent enrhumé. Rougeur et gonflement de l'aile du nez à droite.

Nombreux follicules rouges et enflammés ; quelques pustules au voisinage de la narine droite.

Traitement. — Pulvérisation résorcinée.

Pas d'épilation.

15 juin. — Grande amélioration. Traitement continué.

3 juillet. — Amélioration progressive. Même traitement.

10 juillet. — Lésions presque disparues. Encore un peu de rougeur au niveau de la narine droite.

Perdu de vue.

OBSERVATION IX

Fal..... 23 ans, tailleur. 3 juillet 1903.

Folliculite suppurée de la barbe et de la moustache depuis plusieurs mois.

Follicules enflammés, rouges, très nombreux, mais très disséminés. Nombreuses pustulettes.

A été soigné par de la pommade de concombre.

Traitement. — Ouverture des pustules, pulvérisations résorcinées à 1 p. 100 quotidiennes ; coupé la barbe ras aux ciseaux

10 juillet. — Très grande amélioration : en voie de guérison.

17 juillet. — Guérison de toutes les pustulettes. Il ne reste plus que des macules cicatricielles.

Traitement continué.

5 août. — Recrudescence des lésions au niveau de la moustache.

12 août. — Aggravation des lésions de la moustache. Epilation.

12 août. — Lésions en bon état. Pulvérisation continuées.

26 août. — Guérison. Durée : 7 semaines.

OBSERVATION X

Gui..., 47 ans, gardien de la paix.

17 juillet 1903. — *Folliculite sycosiforme* de la barbe, surtout à droite.

Avait depuis longtemps de la séborrhée pytiriasique du cuir chevelu.

Début il y a 3 semaines. La joue droite parsemée de petites saillies irrégulières et inégales ; quelques-unes profondes et douloureuses.

Traitement. — Epilation.

Pulvérisations résorcinées à 1 p. 100.

21 juillet. — *Amélioration des lésions superficielles.*

Mais quelques éléments profonds se sont aggravés et transformés en furoncles : incision.

Perdu de vue.

OBSERVATION XI

Fa..., 36 ans.

24 juillet 1903. — *Sycosis de la moustache*. Récidive.

Début depuis plusieurs années. A déjà été traité dans le service il y a deux ans.

Au niveau de la moustache on constate un grand nombre

de folliculites suppurées, mais peu de réaction inflammatoire ; lésions aiguës et peu profondes.

Traitement. — Pulvérisation de résorcine à 1 p. 100.

Pas d'épilation.

31 juillet. — Amélioration considérable. Traitement continue.

7 août. — Guérison presque complète.

Guéri. Pas revu.

Durée du traitement : 2 semaines.

OBSERVATION XII

Mi..., Léon 26 ans, peintre en bâtiments.

25 juillet 1903. — *Sycosis de la moustache et de la barbe*

Début à la moustache il y a 15 jours ; extension à la barbe il y a 8 jours.

Lésions assez superficielles avec aspect d'eczéma impétigineux (folliculite impétigineuse de la barbe et de la moustache).

Se soigne depuis 8 jours avec une pommade qui n'a produit aucun effet.

Traitement. — Pulvérisation résorcinée.

21 août. — Sort guéri. Durée du traitement : 4 semaines.

OBSERVATION XIII

J..., 32 ans.

1er août 1903. — *Sycosis de la moustache et de la mouche.*

Ces lésions ont débuté il y a environ 6 mois.

Malade séborréique, avec blépharite ciliaire et calvitée.

Les lésions sont probablement de nature séborréique ; peu profondes, mais ont résisté aux divers traitements suivis jusqu'ici.

Traitement. — Pulvérisations résorcinées.

7 août. — Entre à l'hôpital.

Applications de baume Baissade.

15 août. — Aucune amélioration par le baume Baissade

Traitement. — Epilation.

Pulvérisations résorcinées.

20 septembre. — Pas d'amélioration.

Applications d'eau d'Alibour.

25 octobre. — *Guérison. Sortie du malade.*

Durée du traitement : 11 semaines.

24 novembre. — Nouvelle entrée à l'hôpital. **Récidive.**

Traitement. — Epilation.

Pulvérisations résorcinées.

14 mars. — Guérison complète et sortie.

Durée du nouveau séjour : 16 semaines.

OBSERVATION XIV

Cha..., 38 ans.

4 août 1903. — *Folliculite suppurée du menton.*

Il y a une quinzaine de jours, *furoncle du menton*, soigné à la consultation, et qui a guéri sans incision.

Quelques jours après, folliculite de la région sous-mentonnière et de la barbe.

Nombreux follicules de ces régions enflammées.

Pustules abondantes et suintantes. Quelques croûtes.

Traitement. — Evacuation des pustules.

Pulvérisations résorcinées quotidiennes à 1 p. 100.

Applications d'eau d'Alibour.

7 août. — Légère amélioration. Traitement continué.

24 novembre. — Le traitement a été interrompu. Les lésions persistent. On reprend les pulvérisations.

Le malade se soigne irrégulièrement et n'est pas revenu.

OBSERVATION XV

Cor..., 25 ans.

19 août 1903. — *Folliculite de la barbe.* — Début il y a deux ans. Depuis, alternatives de guérison et de récidives.

Barbe serrée et abondante. Croûtes adhérentes à la base des poils, sous forme de petits placards, un sur chaque joue. Rien au menton ni à la moustache.

Traitement. — On coupe la barbe.

Pulvérisations résorcinées.

24 août. — Amélioration.

Mais à cause de la profondeur des lésions sur certains points : épilation.

31 août. — Amélioration rapide.

Encore un petit foyer de folliculite sous l'angle de la mâchoire à gauche.

4 septembre. — La lésion paraît *guérie.*

On continue cependant les pulvérisations.

Durée du traitement : 14 jours.

OBSERVATION XVI

Sm..., Jacob 32 ans, casquetier.

22 août 1903. — *Folliculite de la moustache et de la barbe.*

Début il y a deux mois. Placards d'eczéma séborréique sur le cuir chevelu et la poitrine.

Lésions superficielles, mais très étendues, nombreux follicules enflammés disséminés sur les joues. Peu de pustules.

Traitement. — Applications de pommade soufrée et de pâte de zinc sur les placards d'eczéma.

Pulvérisations résorcinées sur les folliculites.

29 août. — Amélioration très rapide.

Malade en voie de guérison.

6 septembre. — Guérison complète.

Durée du traitement : 17 jours.

OBSERVATION XVII

Co..., Lucien, 28 ans, imprimeur.

30 août 1903. — *Folliculite sycosiforme de toute la barbe* et un peu de la moustache, datant de 10 mois, avec blépharite ciliaire. Folliculite légère du sourcil droit.

Traitement. — Pulvérisations résorcinées.

4 septembre. — *Lésion très améliorée*, mais non guérie. Quelques points d'inflammation folliculaire profonde, nécessitant l'épilation.

11 septembre. — Le malade refusant de se laisser épiler ne revient pas.

OBSERVATION XVIII

Coch... Henri, 24 ans, garçon de salle.

21 septembre 1903. — Sycosis non parasitaire de la lèvre et du menton, datant de 3 ans, sans guérison par les traitements suivis. Lésion rouge, infiltrée, dure, recouverte de nombreuses pustules.

Traitement. — Epilation.

Pulvérisations résorcinées.

Applications d'eau d'Alibour la nuit.

12 octobre. — Le malade sort guéri.

Durée du traitement : 21 jours.

18 juillet 1904. — Le malade a contracté la syphilis (chancre du prépuce.

En outre : récidive du sycosis.

On reprend les pulvérisations résorcinées.

18 août. — Guérison et sortie.

Durée de ce second traitement : 1 mois.

OBSERVATION XIX

Mil... Alex., 21 ans, coiffeur.

26 septembre 1903. — *Sycosis du menton et de la joue droite.*

Début il y a deux ans. Traitements multiples sans succès.

Lésions profondes, infiltrées, dures.

Nombreuses pustules à des stades divers, quelques-unes ouvertes, suppurées, avec croûtes.

Traitement. — Epilation.

Pulvérisations résorcinées.

Pansement à l'eau d'Alibour la nuit.

2 octobre. — Amélioration légère. Traitement continué.

9 octobre. — Les lésions s'améliorent peu à peu.

Traitement continué. Pansement humide permanent à l'eau d'Alibour.

23 octobre. — Amélioration. Traitement continué.

15 novembre. — Guérison.

Durée du traitement : 7 semaines.

OBSERVATION XX

E... Arthur, 53 ans, boucheur à l'émeri.

2 janvier 1904. — *Sycosis simple de la moustache.*

Début il y a six ans. Provoqué et *entretenu par un coryza chronique.*

Depuis six mois la lésion s'est étendue à la barbe, et actuellement elle prend tout le menton et la partie inférieure des joues, surtout à droite.

Blépharite ciliaire. Eczéma pytiriasique du cuir chevelu.

Traitement. — Epilation.

Pulvérisations à la résorcine.

10 janvier. — *Amélioration très nette.*

Le malade sort incomplétement guéri, mais continue le traitement chez lui.

OBSERVATION XXI

X..., 26 ans.

24 novembre 1903. — *Folliculite de la moustache.*

Mère sujette aux démangeaisons.

Lui-même sujet à des folliculites multiples (pubis, aisselle, barbe). Poussées irritatives sous l'influence de la moindre excitation (thé, café).

Exophtalmie prononcée, mais pas de goître.

Il y a trois mois, à la suite d'un coryza traité par de la poudre mentholée, apparition de petits points de folliculite sur la lèvre supérieure (côté droit).

Peu à peu les lésions se sont étendues et ont déterminé une induration de la peau avec état suppuratif d'abord puis croûteux.

Actuellement : plaque de sycosis localisée à la région sous-narinaire droite.

Traitement. — Pulvérisations résorcinées.

Epilation.

8 décembre. — Amélioration ; encore quelques points de suppuration folliculaire.

15 janvier. — Guérison.

Durée du traitement : 7 semaines.

OBSERVATION XXII

B... 47 ans, employé de commerce.

12 avril 1904. — *Folliculite suppurée sycosiforme des joues.*

Début il y a 33 mois, semble avoir été contractée par la contagion d'un chien.

Actuellement. placard occupant toute la joue droite et la région sous-maxillaire droite ; apparition également de quelques pustules sur la joue gauche et à la lèvre supérieure.

Traitement. — Epilation.

Pulvérisations à la résorcine.

26 avril. — Amélioration, mais épilation nécessaire.

8 juillet. — Amélioration sauf au niveau de la moustache.

6 octobre. — Id. — Nouvelle épilation.

25 octobre. — Guérison.

Durée du traitement : six mois.

Malade venu irrégulièrement.

OBSERVATION XXIII

Tez... Joseph, 28 ans, tailleur, 9 mai 1904.

Eczéma sycosiforme impétigineux (impétigo de Bockhardt).

Début il y a deux ans et demi, par le côté droit de la moustache, par une petite croûte prurigineuse. De là, la lésion gagne le reste de la moustache et de la barbe, du pourtour des lèvres et du menton.

Puis l'affection guérit à peu près complétement ; cette amélioration dure à peu près 15 jours.

Actuellement : croûtes suintantes dans la moustache et le pourtour de la bouche, reposant sur une peau rouge violacé. Ces lésions sont très prurigineuses.

Traitement. — Epilation.

Pulvérisations résorcinées.

24 mai. — Epilation de la moustache complétement terminée. Il persiste quelques croûtes sur un fond violacé, érythémateux, mais beaucoup moins prononcé qu'au moment de son arrivée.

10 juin. — Guérison.

Durée du traitement : un mois.

OBSERVATION XXIV

Bac... 67 ans.

17 mai 1904. *Sycosis de la lèvre supérieure entretenu par un coryza.*

Début il y a trois mois.

Traitement. — Pas d'épilation ;

Pulvérisation résorcinée.

24 mai. — Grande amélioration.

Même traitement.

1er juin. — Etat stationnaire ; outre la pulvérisation résorcinée, on prescrit la pommade soufrée.

9 juin. — Amélioration rapide.

30 juin. — guérison.

Durée du traitement : Six semaines.

OBSERVATION XXV

Lec... Jean-Marie, 28 ans, journalier.

2 août 1904. — *Sycosis de la moustache.*

Début il y a 4 ans.

Soigné à Saint-Antoine il y a deux ans ; a été amélioré un mois ou deux.

Actuellement : Sycosis de la lèvre supérieure, plus accentué au niveau de la partie médiane. Croûtes épaisses de la moustache. On voit du tissu cicatriciel ; la peau est rouge et épaissie.

Traitement. — Epilation.

Pulvérisation quotidienne,

28 août. — Guérison.

Durée du traitement : 26 jours.

CONCLUSIONS

I. — Les pulvérisations résorcinées, par leurs propriétés antiseptiques, résolutives, anesthésiques, répondent simultanément aux trois indications essentielles du traitement local des folliculites suppurées sycosiformes, affection microbienne, inflammatoire et douloureuse.

II. — En présentant le médicament sous sa forme la plus divisée et par conséquent la plus propice à la pénétration dans les tissus, elles constituent un mode d'emploi de la résorcine supérieur aux pommades dont l'excipient atténue toujours plus ou moins l'action des substances médicamenteuses.

III. — Elles dispensent le malade de recouvrir de pansements les parties atteintes, presque toujours le visage ; elles évitent dans bien des cas l'épilation et le sacrifice de la barbe, et sont par suite le mode de traitement le plus pratique, le plus facile à faire accepter par les malades.

IV. — Outre ces avantages importants, l'efficacité de ces pulvérisations résorcinées, démontrée par de nombreuses observations permet de les considérer comme le procédé de choix dans le traitement des folliculites suppurées sycosiformes.

Vu : le Président de thèse,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BILIOGRAPHIE

N. B. — Nous n'avons pas fait figurer dans cette bibliographie les traités didactiques de Dermatologie qui tous traitent également du sycosis.

Sycosis et Folliculites.

France.

Audry. — Sur une folliculite granuleuse de la peau Ann. de dermat. et de syphiligr., 1895, 3e série, juillet, 681-682).

Barthélemy. — Observations de folliculites généralisées et disséminées ni fusionnées, ni agminées, pouvant être considérées comme un nouveau cas d'acnitis (Bulletin de la Soc. fr. de dermat. et de syphil. Paris 1891, 42-47).

— Sur un cas de sycosis non parasitaire généralisé, ou de folliculites agminées remarquablement nombreuses (Ann. de dermat. et de syph. Paris 1881 (523-531).

— Sur le diagnostic différentiel de quelques variétés de folliculites et notamment de l'acnitis et de la folliclis (Soc. française de dermat., 20 juillet 1893, IV, 122-124).

Barbe. — Kératose folliculaire (type de Brooke) (Ann. de der-

matologie et de syph. Paris 1901, t. II, 535-538).

Baudoin (G.) et du Castel. — Kératose folliculaire vrilleuse (Ann. de Dermat. et de Syph. Paris 1901, t. II, 422).

Beauprès (L.). — Contribution à l'étude de la folliclis (Paris 1888).

Besnier. — Sycosis (Dict. encyclopéd. des sc. méd. Paris 1884).

— Sycosis parasitaire (Journal de médecine et de chirurgie pratique. Paris 1879).

Bienfait. — A propos de cheveux. La coupe des cheveux. La trichophytie. Le sycosis profond. Teintures (Gaz. méd. belge. Liège 1900).

Brocq. — Sycosis non parasitaire de la barbe (Journal de méd. et de chir. prat. Paris 1903).

Castel (du). — Folliculitis scrofulosorum (Ann. de Dermat. et de syph. Paris 1896).

Catois. — Etude sur le sycosis (Th. Paris 1882).

Colleville. — A propos du traitement des folliculites (Union méd. du Nord-Est. Reims 1902).

Danlos. — Un cas de folliclis (Bull. Soc. française de dermat. et syph. Paris 1896).

Dubreuilh. — Folliculite dépilante des parties glabres (Arch. clin. Bordeaux, févr. 1894).

— Pigmentation cutanée causée par le Dermatose folliculorum (J. de méd. de Bordeaux, 1901).

— Deux cas de sycosis non parasitaire (Ann. de la polyclinique de Bordeaux, 1889).

Gaucher. — Le parasite. Les variétés de trichophytose (J. de méd. interne). Paris 1900.

— La trichophytie suppurée ; follicule et périfolliculites

agminées; sycosis parasitaire. Kerion celsi (J. de méd. interne. Paris 1900).

Hallopeau et Bureau (G.). — Sur un nouveau cas de l'affection dite folliclis et ses rapports possibles avec la tuberculose (Ann. de dermat. et de syph. Paris, 1896).

Hardy. — Sycosis (Dict. de méd. et de chir. pratique, 1883).

Horrand. — Sycosis traité par des moyens empiriques lesquels ont amené des désordres graves (Lyon méd., 1879).

Hodara Bey. — Sur le traitement de la trichophytie du cuir chevelu par la chrysarobine (Méd. orient. Paris, 1903).

Pallier. — Périfolliculites suppurées, agminées en plaques (Paris, Th. doctorat, 1889).

Thibierge. — Folliculites miliaires rappelant le lichen scrofulosorum chez un tuberculeux (Bull. Soc. fr. de derm. et syph. Paris, 1898).

— Un nouveau cas de folliculites disséminées prédominant aux mains et aux oreilles chez un sujet atteint de polyadénopathies tuberculeuses (Ann. de dermat. et de syph. Paris, 1897).

Vuillemin. — Un cas de trichosporie (Compt. rend. Acad. des sciences, Paris, 1901).

Angleterre et Amérique.

Brooke (H.-G.), 1888-1889. — La nature contagieuse du sycosis. Brit. J. Derm. Londres, 1888-1889, I. 467-475.

Brouson (B.), 1903. — Un cas de folliclis. J. Cutan. Dis. incl. syph. N. Y., 1903, XXI-328.

Brown (A.-A.), 1902. — Teigne sycosis avec observation d'un cas.

— Texas M. J. Austin, 1902. XVIII, 134-135.

Cautrell (J.-A.), 1893. — Notes sur la teigne circinée, la teigne sycosis et la teigne tondante,

— Philad. Hosp. Rep., 1893, II, 219-224.

Cautrell (J.-A.) et J. F. Schamberg, 1796. — Erythème sycosiforme (sycosis lupoïde), tr. Am. Dermat. ass., 1895. N.-Y., 1896, XIX, 45-51.

Davidson (A.-R.). — Sycosis non parasitaire.

Buffalo M. et S. J., 1886. 7. XXVI, 215-219.

Dunlop, 1881. — Sycosis du menton ressemblant à une tumeur maligne.

— Glascow M. J., 1881, XV-56.

Dyer, 1896. — Vrai sycosis parasitaire. N. Orl. M. et S. J. 1896. T. XXIII, 579-584.

Mc. Elligott, 1894. — Le traitement du sycosis du menton. Lancet. Lond., 1894-973.

Fon, 1874. — Un cas de sycosis parasitaire, tr. Clin. Soc. Lond., 1874, VII-1.

Hutchinson (J.), 1889. — Sycosis pustuleux de tout le corps chez une jeune femme. Arch. Surg. Lond., 1889-1890. I, 263.

Hutchinson, 1889. — Un cas de sycosis grave du pubis.

— Arch. Surg. Lond., 1889-1890. I, 264.

Hutchinson (J.), 1890. — Acné sycosiforme de la tête avec acné lichénoïde et pustuleux du tronc et des lombes. Arch. Surg. Lond., 1889-1890. I, 371.

Jackson, 1889. — Sycosis. Etude clinique. J. Cut. a Genito-Urin. Dis. N.-Y., 1889, VII, 13-19.

Jameson (W. A.). — Teigne de la barbe encore appelée sycosis parasitaire.

— Lancet. Lond., 1879, II, 314-316.

Knott (J.), 1890. — Teigne sycosis. Lancet. Lond., 1890, I, 294.

Lauwrence (H.), 1894. — Un cas de teigne sycosis. Austral. M. J. Melbourne, 1894. N. S. XVI, 518-520.

Nystronns (A.), 1890. — Un cas d'affection parasitaire du cuir chevelu ou sycosis. - Forh. v. Swens. Lak. Sallsk. Lammank. Stockholm, 1890-203-207.

Ohmann-Dumesnil, 1891. — Périfolliculite parasitaire disséminée. N.-Orléans. M. 1891-2, n. s. XIX, 161-167.

Ohmann-Dumesnil, 1890. — Le traitement du sycosis. S.-Louis M. t. S. J. 1840, 137-142.

Ohmann-Dumesnil, 1892. — Sycosis. Intern. Clin. Phil., 1892, 357-360.

Payne (1895). — Un cas de folliculite destructive de la tête chez un malade atteint de syphilis héréditaire. Brit. J. Derm. Lond., 1895, VII, 101-106.

Piffart. — Trichophytose de la barbe. H. M. a. S. N.-Y. 1883-137-140.

Rinchart (J.-F.), 1902. — Traitement du sycosis non parasitaire avec les rayons X. Philad. M. J., 1902, IX, 221-222.

Robinson (A.-R), 1877. — Sycosis. N.-York M. J., 1877, XXV, 113-226.

Rohé (G.-H.), 1883-8. — Sycosis non parasitaire. Méd. chron. Balt. 1883-8, II, 157-159.

Shoemaker, 1896.—Teigne sycosis. Med. Bull. Philad., 1896, 213.

Sigler (H.-F.), 1878. — Sycosis. Traitement par les applications locales d'acide acétique Michigan (M. News. Detroit, 1878, I, 77).

Shoemaker (J.-V.), 1890. — Pathologie et traitement du sycosis (J. Amer. M. Ass. Chicago, 1890, XV, 177-179).

Williams (W.), 1890. — Epidémie localisée d'acné sycosis dans une boutique de barbier. Lancet. Lond. 1890, 346.

Wright (A.-N.), 1902. — Notes sur le traitement de la furoculose, sycosis et acné par les inoculations de vaccin staphylococcique, et généralement sur le traitement des invasions microbiennes localisées par les inoculations thérapeutiques des vaccines bactériennes correspondantes. Lancet. Lond., 1902, I, 874-884.

Wood (C.-A.), 1884-85. — Sycosis et affections concomitantes. Canada. M. Rec. Montreal, 1884-85, XIII, 97, 100.

Yemans (C.-C.), 1880. —Sycosis, observation clinique. Michigan. M. News, Detroit, 1880, III, 124.

Allemagne.

Sycosis.

Beck (C.). — Du trichorrexis nodosa (des poils) du pubis et contributions à l'étude de la symbiose des bactéries. Monastschrift fur Praktische dermatologie. Hambourg und Leipsig, 1900-XXXI-361-373.

Behrend (G.). — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'acné diffus et du sycosis. Deuts-

che medicinische de Voschenschrift. Berlin, VII-283-285.

Billroth. — Du sycosis parasitaire de la région mentonnière. Cliniques chirurgicales. Vienne, 1871-6, in-8°. Berlin, 1879-1889.

Blumenthal (S.). — Du sycosis vulgaire et parasitaire. Thèse Darmstadt, 1886, in-8°.

Doutrelepont (J.). — Un cas de sycosis parasitaire. Monatschrift fur Praktische dermatologie. Hamburg, 1883-II-129-133.

Duhring (L. A.), and Hartzell (M. S.). — Un cas d'affection papulo-ulcéreuse, due à un hypomycète folliculaire de la peau. Monatschrift fur Praktische dermatologie, 1895-XX-138.

Fabry (J.). — Etiologie du sycosis simple. Deutsche medicinische Woschenschrift. Leipzig, 1891-XVII-976.

Folliculite sycosiforme sclérosante de la nuque. Saint-Louis. Medinische Ls-J., 1896-289.

Gregor (K.). — Traitement des folliculites inflammatoires (abcedens), en particulier des folliculites de l'occiput chez le nourrisson. Zeitschrift fur Praktische Aerzte. Munchen und. Wiesbaden, 1900-IX-247-252.

Von Hebra (H.). — Traitement du sycosis. Wiener Medicinische Sladt, 1884-VII-511-515.

Hodara (M.). — Traitement de la trichophytie du cuir chevelu par la chrysarobine. Monatschrift fur Praktische dermatologie, 1903-XXXVII-118.

Jadassohn (J.). — Maladies des cheveux. Handbuch der Praktische medicin. Stuttgart, 1901-III-2 Th. 345-389.

Kobner (K.) et Mikelson. — Du sycosis parasitaire. Archiv.

fur dermatologie and syphiligraphie. Prague, 1869-I, 7-17.

Krimer (W.). — Un cas de sycosis mentonnier guéri par la fièvre intermittente. Medicinische converzatronbladt. Holdburgh, 1830-I-92.

Kromayer (E.). — Contribution à l'étude du traitement du sycosis. Therapeutische Monatschrift. Berlin, 1892-VI, 181-183.

Lang (E.). — Sur une forme plus rare du sycosis parasitaire et quelques abcès. Wochenschrift fur dermatologie. Vienne, 1878, V, 393 ; 531 ; 3 pl.

Leistikow. — Traitement du sycosis staphylogène. Monatschrift fur praktische dermatologie. Hambourg, 1894, XVIII, 229-234.

Lewin. — Du sycosis primitif. Medizinische chirurgische centralblatt. Wien, 1877, XII, 458.

Lodderstœdt (W.). — Du sycosis parasitaire. Thèse, Berlin, 1876, in-8°.

Martin (H.). — Du sycosis tonsurant endémique et de sa prophylaxie. Œrztlische Vereinsbladt fur Deutschland. Leipzig, 1890, XVII, 488-494.

Neumann. — Contribution à la connaissance du sycosis parasitaire. Allgemeine Wiener medizinische zeitung, 1871, XVI, 89.

Plato (J.) et Goth (H.). — Recherches expérimentales pour l'obtention de cultures plus fines des trycoptées et d'autres champignons parasites en milieu neutre. Zeitschrift fur hygiene und infections krankheiten. Leipzig, 1901, XXXVIII, 319-331. 1 table, 3 figures.

Rosenberg (A.). — Prophylaxie du sycosis parasitaire. Aerzztlische Mittheilung au Baden Karlsruhe, 1891, XIV, 109-112.

Rosenthal (O.). — Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement du sycosis vulgaire. Deutsche medicinische Wochenschrift. Leipzig, 1889, XV, 459-461.

Saalfeld. — Des folliculites. Dermatologische Zeitschrift. Berlin, 1901, VIII, 34.

Shioult (S.-O.). — Folliculites confluentes suppurées. Bodnitsche Gazette Botkina. Saint-Pétersbourg, 1894, V, 269-272.

Strebel (H.). — Maladie des cheveux et du système pilaire, avec un moyen de les combattre. Monatschrift fur praktische Wassetheilung, Munich, 1900, VII. 55-60.

Tacke. — Traitement du taon, du sycosis, et de la blépharite ciliaire. Allegemeine Medicinische Central Zeitung. Berlin, 1860, XXIX, 217-219.

Tommasoli (P.). — Du sycosis bacillogène (Monatschrift fur Praktische Dermatologie. Hamburg, 1889, VIII, 483-489).

Ulmann (K.). — Etiologie et histologie de la trycomycose tonsurante (sycosis parasitaire de Bazin) (Wiener Klinische Wochenschrift, 1896, IX, 337-375).

Des précautions contre la contagion des dartres de la barbe, chez le barbier (Korrespondenz Bladt der Aerzlische Kreis-und bezirks-Verein in Königreich Saxen. Leipzig, 1891, LI, 50-52).

Unna (P.-G.). — Des diverses formes du sycosis, et d'une nouvelle forme de cette maladie (Deutsche Medicinische Zeitung. Berlin, 1889, X, 615-617).

Wellen. — Maladies du cuir chevelu et soins à donner aux cheveux sains ou malades (Berlin, U. Möller, 1900, 8° 825. 1 table).

Zeichmeister (H.). — Contribution à l'étude de la radiothérapie dans le sycosis hyphogène (Monatschrift fur Praktische Dermatologie. Hambourg, 1901, XXXII, 329-337).

Italie.

Majocchi. — Demodex folliculorum in qualche rara affezione cutanea ot speciale, reperto del medisimo nei follicoli della ciglia at delle vibrisse (Mém. d. r. Acad. d. Sc. Bologna, 1899-1900).

Ravogli (A.). — Sycosis parasitaria barbœ (Cincinnat. Lancet a. Clinic., 1881).

Espagne. Portugal. Amérique du Sud.

Vilanova. — Cas de kératose folliculaire végétante ou mal. de Darier (Rev. de med. y. cirug. Barcelone, 1903).

Russie et Europe orientale.

Babes. — Câte-va cazuri de scabie folliculara la om, datorite parasitulin demodex folliculorum (Spitatul. Bucuresei, 1902).

Kojewnikoff. — Cas de guérison de sycosis (Biblioteca vratscka. Moscou, 1895).

Pospéloff. — Sycosis de la barbe (Bibliotheca vratscha. Moscou, 1895).

Rona. — Sycosis parasitaria (Orvosi hetil. Budapest, 1887).

Sokoloff. — Un cas de kératose folliculaire (Med. Obozr. Mostr., 1902).

Résorcine

France.

Bergeaud, 1883. — Essai expérimental sur les dangers de la médication interne par la résorcine (J. soc. d. sc. méd. de Lisbonne, 1883, XLVII, 225-307).

Callias (H.), 1881. — De la résorcine et de son emploi en thérapeutique ; recherches expérimentales et cliniques (Paris, 1881).

Callias (H.), 1887. — Étude de la résorcine appliquée localement en médecine et en chirurgie.

Desnos, 1882. — De la résorcine (Thérap. contemp. Paris, 1882, II, 785).

Dujardin-Beaumetz et Callias (H.). — De la résorcine et de son emploi en thérapeutique (Bulletin gén. de thérap. Paris, 1881).

Labbée (E.), 1884. — Sur la résorcine ; propriétés physiologiques ; applications thérapeutiques ; posologie (Gaz. hebd. de méd. Paris, 1884).

Le Blond (A.) et Baudier, 1889. — De l'antisepsie par la résorcine dans le traitement de la diphtérie, la tuberculose pulmonaire, la coqueluche et le chancre mou (J. de méd. de Paris, 1889, XVI, 506, 518, 531, 540, 555, 570, 578).

Morice, 1887-1888. — Considérations générales sur la résorcine ; son action topique sur les surfaces ulcérées et sur le lupus en particulier ; observation (J. de méd. de Bordeaux, 1887-1888).

Neumann et Pabst, 1884. — La résorcine et l'éosine au point de vue de l'hygiène professionnelle (Rev. d'hyg. Paris, 1884).

Peyrusson (E.), 1887. — Etude sur la résorcine. Montpellier, 1887.

Peradon (C.-M.), 1832. — Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de la résorcine (Paris, 1882).

Reverdin (F.), 1883. — Sur la résorcine médicinale et la phénorésorcine (Revue médicale de la Suisse Romande. Genève, 1883).

Schmitt (E.), 1882. — Note sur la résorcine, nouvel agent antiseptique de la série aromatique.

Angleterre et Amérique du Nord.

Blomfield (J.-E.), 1900. — Résorcine dans l'ulcère rongeant et les opérations pour le cancer (Brit. M. J. London, 1900, I. 1340-1341).

Dunlap, 1887. — Etude critique de l'étude clinique de l'ichtyol et de la résorcine (J. cut. a génito. urin. Dis. N.-Y., 1887).

Gluzinski, 1883. — Effet antiseptique du salicyl-résorcin-acétone (Krakow, 1883, XXII--573).

Jackson, 1887. — Ichtyol et résorcine. Etude clinique sur leurs effets (N.-York, 1887).

Mackey (E.), 1888. — Sur la valeur de la résorcine dans quelques désordres gastriques et cutanés (Lancet, London, 1880. I. 570).

Murrell, 1881. — Empoisonnement par la résorcine. Med. Times à Gaz. (Lond, 1881, II, 486).

Pattée (A.-F.). — Considérations thérapeutiques sur la résorcine (J. Am. M. Ass. Chicago, 1885, IV. 509-512).

Platt, 1883. — Quelques observations sur l'action antiseptique et physiologique de la résorcine (Am. J. M. X. Philad., 1883)

Sizer (N.-B.), 1882-1883. — Résorcine, son histoire et sa valeur thérapeutique (Proc. M. Soc. Country. Kings Brooklyn. 1882-1883).

Allemagne.

Andeer (J.). — De la résorcine. Centralblatt f. de medicinische Wissenschaft. Berlin, 1880-XVIII-497.

Andeer (J.). — De l'emploi de la résorcine en thérapeutique. Centralblatt fur die medic. Wissenschaft. Berlin. 1881-XIX-657-659.

Andeer (J.). — Observations complémentaires sur l'emploi de la résorcine en thérapeutique. Centralblatt fur die medic. Wissensch., 1881-XIX-769-771.

Andeer (J.). — I. De la préparation chimique de la résorcine, et du bleu de résorcine. II. Catgut à la résorcine. Centralblatt f. die Medic. Wissensch. Berlin, 1881-XIX-913-916.

Andeer (J.). — Mise au point de certaines dates et de certains anachronismes au sujet de la résorcine. Archives d'anatomie patholog. (etc.). Berlin, 1882-L. XXXVII, 383.

Andeer (J.). — Opinions des Russes sur la résorcine. St-Petersburg medicinische Wochenschrift, 1883-VIII-55.

Andeer (J.). — La résorcine et ses applications thérapeutiques

sur les organes des sens. St-Petersburg medicinische Wochenschrift, 1883-VIII-305-308.

Andeer (J.). — Du bleu de résorcine. Centralblatt fur die Medicinische Wissenschaft, 1883-XXI-849.

Andeer (J.). — Un dérivé de la résorcine : *La Phloroglucine.* Centralblatt für die Medic. Wiss, 1884-XXII-193 ; 579.

Andeer (J.). — La résorcine comme analgésique. Arztliche-Interesse Bladt Munich, 1884-XXXI, 99-101.

Andeer (J.). — Du principal siége des composés aromatiques, en particulier de la résorcine, dans le corps des mammifères. Centralblatt fur die Medicinische Wissenschaft, 1885-XXII-913.

Andeer (J.). — De la résorcine et de ses préparations. Troisième congrès international de médecine. Washington, 1887-III-100-102.

Baginsky (A.). — De la toxicité de la résorcine. Berlin Klinische Wochenschrift, 1889-XXVI-518.

Cohn (M.). — Des effets de la résorcine, et de ses emplois dans la médecine infantile. Archiv. fur Kinderkrankheiten. Stuttgart, 1881-2-III-243-266.

Jœnicke (A.). — Contribution à l'étude des effets de la résorcine. Breslauer œrztliche Zeitschrift, 1880-II-229-231.

Joseph (M.). — De la résorcine dans le traitement du lupus vulgaris, et de la tuberculose verruqueuse de la peau. Medicinische Wochenschrift. Berlin, 1901-I-228-230.

Löffler (J.). — La résorcine ; son emploi en thérapeutique. Sa toxicité. Wurzburg, 1889, in-8°.

Répond (P.). — Du pouvoir antiseptique de la salicylresorcacé-

tone. Correspondenzblatt fur schweizer Aerzte Basel, 1883-XIII-193.

Surbeck (V.). — De l'action fébrifuge de la résorcine et de ses isomères. Deutsche Archiv. fur Klinische Medizin. Leipzig, 1882-3-XXXII-515-571.

Unna (P.-G.). — De l'Ichtyol et de la Résorcine comme représentants du groupe des médicaments réducteurs. Hamburg und Leipzig, 1886, in-8°.

Italie.

Fedérici (E.), 1884. — Analisi di un avellamento per resorcina e alcuni experimenti sulla medesina (Boll. farm. Roma, 1884)

Cattani (G.). — La resorcina. Gazz. d'osp. Milano, 1881. (II. 957. 981).

Luzi (A.), 1885. — La fahéno resorcina e sua usi in serapia chirurgica (Raccoglitore med. Forli, 1885).

Masini (O.), 1883. — Ancora, sull'uso della resorcina. Imparziale. Firenze (1883).

Patella (V.), 1882. — Della resorcina (Gazz med. ital. prov. venete Padova, 1882).

Righi (F.), 1883. — Sull'azione della resorcina (Ann. univ., di med e chir. Milano, 1883).

Russo-Giliberti (A.), 1883-84. — Contributio allo studio fisiologico della resorcina. (Arch per le sc. med. Torino, 1883).

Testa. — Resorcina Scuola med., Napoli, 1883.

Zeni (G.), et Betteli (C.), 1884. — Contributione allo studio dell'azione della resorcina sulla temperatura e subricambia materiale in Codizioni di sanita (Riv. clin. di Bologna, 1884).

Espagne, Portugal, Amérique du Sud.

Andeer (J.-J.), 1885. — Les contrepoisons de la résorcine. Uniâo med. Rio de Jan., 1885. V. 282, 286.

Castro (F. de), 1901. — A resorcina e as nevroses do estomago. Méd. moderne. Porto, 1901.

Castro (F. de.), 1901. — A resorcina e a dyspepsia putrida. Méd. moderne. Porto, 1901.

Sauz Bombini (1883). —Curas con la résorcina.

Silva Arango (1882-83). — Contribuicâo para o estudo thérapeutico da resorcina (Gaz. med. de Bahia, 1882-83).

Russie

Vasiljeff (E.), 1881. — Pharmacology of resorcin. St.-Pétersbourg, 1881.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos 11
Introduction 17
Considérations générales sur les indications thérapeutiques en Dermatologie. 17

PREMIÈRE PARTIE

Etude clinique des folliculites suppurées sycosiformes.

Définition. 23
Causes des folliculites suppurées sycosiformes. . . . 27
Lésions 33
Signes et diagnostic des folliculites sycosiformes. . . 35

DEUXIÈME PARTIE

Traitement des folliculites suppurées sycosiformes.

Chapitre I. — 1° Indications du traitement. 45
2° Etude des procédés de traitement classiques. . 47

3° Examen critique de ces procédés. 56
Chapitre II. — I. La résorcine : propriétés physiques, chimiques, physiologiques. 59
II. Emplois de la résorcine en thérapeutique. . . . 63
1° Modes d'administration 63
2° Emplois en thérapeutique générale. 64
3° Emplois en dermatologie. 65
4° Emplois dans les folliculites. 68
a) *Anciens procédés* 68
b) *Procédé de M. le Professeur Gaucher*. . . . 70
III. Examen critique de ce dernier procédé. 75

TROISIÈME PARTIE

Observations 81
Conclusions 98
Bibliographie. 99

Imp. de la Faculté de Médecine H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.